

Univerzita Karlova
Filozofická fakulta
Katedra sociologie

Diplomová práce

Pracovní neschopnost

Sickness leave

Vedoucí práce: PhDr. Jana Duffková, CSc.

Autor práce: Ladislav Záruba
Studijní obor: Sociologie

2008

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a že jsem uvedl všechny použité prameny a literaturu.

14. srpna 2008

ABSTRAKT

ZÁRUBA, L. *Pracovní neschopnost*. Praha 2008. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra sociologie. Vedoucí práce J. Duffková.

Klíčová slova: pracovní neschopnost, absentérství, nemoc, zdraví,

Práce pojednává o problematice využívání institutu pracovní neschopnosti. Popisuje pracovní neschopnost z hlediska dat sbíraných v České republice a také z dostupných zahraničních studií. Pracovní neschopnost se ukazuje jako složitý a komplexní sociální problém, na nějž má vliv mnoho různých sociálních i individuálních faktorů. Cílem práce je přispět k hlubší znalosti a popsání problematiky pracovní neschopnosti.

ABSTRACT

ZÁRUBA, L. *Sickness leave*. Prague 2008. Diploma work. Charles University. Philosophical Faculty. Department of sociology. Head of work J. Duffková.

Key words: sickness leave, absenteeism, illness, health.

The work deals with the theme of exploitation of institute of a sickness leave. It describes the sickness leave from the point of data gathered in the Czech Republic and also from available foreign studies. The sickness leave is proved as a complicated and complex social problem with many different social and individual factors influencing on it. The point of this work is to contribute to deeper understanding, knowledge and description of theme of the sickness leave.

Pracovní neschopnost

Popsání problematiky využívání institutu pracovní neschopnosti z hlediska různých sociálních a individuálních faktorů

Obsah

1	Úvod	1
2	Pracovní neschopnost	2
3	Pracovní neschopnost v České republice	11
4	Vliv pohlaví a věku na využívání pracovní neschopnosti.....	20
5	Pracovní neschopnost dle výše platu	36
6	Pracovní neschopnost dle typu onemocnění.....	40
7	Rozdělení pracovní neschopnosti po měsících a vliv chřipkové epidemie.....	43
8	Zneužívání institutu pracovní neschopnosti.....	48
9	Pracovní neschopnost dle mezinárodního srovnání.....	52
10	Pracovní neschopnost a nezaměstnanost	58
11	Faktory a modely využití institutu pracovní neschopnosti	61
12	Jak dál pracovat s institutem pracovní neschopnosti - restrikce.....	64
13	Jak dál pracovat s institutem pracovní neschopnosti - další kroky.....	66
14	Závěr	70
15	Seznam literatury	72
16	Slovníček	77

1. Úvod

V roce 2004 zveřejnil ČSÚ srovnávací údaje o průměrném procentu pracovní neschopnosti v roce 2003 ve vybraných evropských zemích, z něhož jasně vyplývá, že Česká republika se v mezinárodním srovnání pohybuje na samé špici ve využívání institutu pracovní neschopnosti. Díky těmto číslům se začala plánovat změna způsobu zacházení s institutem pracovní neschopnosti. Plánovaných změn bylo více, jednalo se například o snížení finančních náhrad za dny strávené v pracovní neschopnosti s platností od 1. 1. 2004. Další změnou je návrh zákona, který měl platit již od července 2006 a posléze od ledna 2007, přičemž v současnosti je posunuto zavedení tohoto zákona na leden 2009. Tento návrh obsahuje klíčovou změnu v zákoně o nemocenské, totiž že zaměstnavatel bude platit ze svých zdrojů prvních čtrnáct dní (kalendářních) nemoci, další dobu nemoci pak stát (původní a stále dnešní stav je, že všechny platby jdou přes státní aparát a státní rozpočet). Kvůli těmto změnám se pracovní neschopnost dostala do popředí zájmu managerů a personalistů velkých podniků, kteří začali mít obavy z rostoucích personálních nákladů svých firem.

V České republice problematiku pracovní neschopnosti sleduje hlavně Český statistický úřad. Doplnujícími údaji přispívá Česká správa sociálního zabezpečení a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Nekomentovaná data, jež tyto úřady vydávají o pracovní neschopnosti, ale nepřispívají k detailnější znalosti problematiky využívání institutu pracovní neschopnosti. Neříkají totiž nic o příčinách, vlivech různých sociálních a individuálních faktorů ani o důsledcích pracovní neschopnosti. Také v dalších zemích rozvinutého světa chybějí detailnější znalosti o pracovní neschopnosti a o možných způsobech zacházení s institutem pracovní neschopnosti, což zdůrazňují Alexanderson a Norlund (2004) ve svém systematickém přehledu literatury o tématu pracovní neschopnosti.

Možnost přispět k hlubší znalosti a popsání problematiky pracovní neschopnosti byla hlavním stimulem vedoucím k sepsání této práce. Komentovaná data sbíraná statistickým úřadem, doplněná o nalezené zahraniční studie věnující se pracovní neschopnosti, přinášejí možnost detailnějšího pochopení jak samotného institutu pracovní neschopnosti, tak také většího rozrůznění sociálních a individuálních faktorů podepisujících se pod využívání institutu pracovní neschopnosti.

2. Pracovní neschopnost

Zkoumání využívání institutu pracovní neschopnosti je záležitostí tržně-hospodářského systému a je spojeno s přesunem části finanční odpovědnosti ze strany státu na zaměstnavatele. Souvisí také s pokračující společenskou a vědní debatou o individuální/sociální odpovědnosti za své zdraví a přesunem této odpovědnosti za zdraví ze strany státu na profesní organizace, zaměstnavatele a individua. Tato problematika je tématem ve všech rozvinutých ekonomikách, od Spojených států až po země Evropské unie.

Míra závažnosti otázky je ve všech zmíněných zemích vysoká, přesto se úhel pohledu liší. Ve Spojených státech se zkoumají hlavně náklady na zdravotní péči, náklady zaměstnavatele. V Evropě je zorný úhel jiný. Je to způsobeno větší starostí státu o zdraví jeho občanů, větší solidárností zdravotních systémů, důkladnějšími populačními statistikami a v neposlední řadě i sociálně odpovědnějšími analýzami odborníků věnujících se problematice pracovní neschopnosti.

Přestože je institut pracovní neschopnosti a jeho využívání ožehavým společenským problémem, není v současné době kvalitně popsán a dostatečně rozebrán. Jak zdůrazňují Alexanderson a Norlund (2004) ve svém systematickém přehledu literatury o tématu pracovní neschopnosti, znalostí příčin a důsledků pracovní neschopnosti je zatím poskrovnu.

Na celkovém problému popsání využívání institutu pracovní neschopnosti se podepisuje hlavně obtížná dostupnost a mnohdy dokonce i neexistence státních a národních dat o pracovní neschopnosti, což je způsobeno různými zdravotními systémy (kupříkladu v Německu si takováto data vedou jednotlivé pojišťovny, které si ovšem v rámci konkurenčního boje nesdělují data o svých klientech). Výzkumníci se pak obracejí buď k jednotlivým zaměstnavatelům, viz práce Moncady (2002) z barcelonského městského úřadu, či Paremezzianiho (1976) práce ze severoitalské továrny, nebo Campův a Lambertův (2005) výzkum mezi zaměstnanci federálních nápravných zařízení ve Spojených státech. Výzkumníci se mohou také obrátit na pojišťovny, viz Hartmannova (2003) práce o pracovní neschopnosti holandských zemědělců, který využil dat ze zemědělské pojišťovny. Dalším zdrojem dat je stát. Toho nejvíce v souvislosti s pracovní neschopností využívají ve Švédsku, kde dochází k detailním rozborům využívání institutu

pracovní neschopnosti (Andrén 2005). Obecně vzato jsou švédské zkušenosti nejbližší našim v České republice. Je potřeba vzít v potaz, že zmíněné výzkumy vyjma švédských, kde jsou data sbírána od celé pracovní populace, jsou pouze případové studie. Posledním zdrojem informací a dat jsou sociologické výzkumy prováděné mezi zaměstnanci a zaměstnavateli napříč společnostmi, například výzkumy společnosti HR.BLR.com, či Harris Interactive ve Spojených státech (HR.BLR.com). Všechny uvedené prameny používám ve své práci. Data týkající se České republiky pocházejí z Českého statistického úřadu, České správy sociálního zabezpečení a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR.

Definici pracovní neschopnosti existuje více. Definice, se kterou se pracuje v České republice, zní: Pracovní neschopností rozumíme krátkodobý stav poruchy zdraví, která je způsobena nemocí nebo úrazem a jejímž následkem je dočasná neschopnost člověka pracovat. Ve Švédsku se zase používá: „Nemoc je abnormálním fyzickým či mentálním stavem, kvalifikuje se jako pracovní neschopnost v případě, že snižuje normální pracovní kapacitu minimálně o 25 %. Normální pracovní kapacita je definována buď jako schopnost vykonat stejný úkol, či jako schopnost vydělat stejné peníze.“ (Andrén 2005, s. 5)

Pro jakékoliv zkoumání institutu pracovní neschopnosti je třeba důsledně popsat, co je to zdraví, jaké faktory jej ovlivňují a jakou roli hraje zdraví v životě jedince a společnosti. Z hlediska detailního výzkumu pracovní neschopnosti hraje zdraví, nemoc a faktory ovlivňující zdraví, potažmo tedy pracovní docházku, důležitou až určující roli. Stejně tak při možných návrzích a stimulech vedoucích k větší pracovní docházce. Je třeba definovat zdraví a poruchu zdraví (nemoc) nejen kvůli možnému zneužívání institutu pracovní neschopnosti z důvodu absentérství, ale také kvůli možnému vylepšení pracovních podmínek, ve kterých zaměstnanci budou méně nemocní a budou méně využívat institut pracovní neschopnosti.

Také definic zdraví existuje celá řada. První globální verze definice pochází z roku 1946 (WHO 1946, s. 2): „Zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody. Zdraví je fyzické (tělesné), psychické (duševní) a sociální prospívání (blaho).“ Tato definice se dočkala úpravy a v roce 1978 zněla: „Zdraví je schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Zdraví je v čase proměnlivé. Působí na něj vlivy: biologické - dědičnost, somatické dispozice, prenatální a perinatální poruchy aj., a psychosociální vlivy: styl výchovy, sociální postavení dítěte, životní zkušenosti, sociální učení aj.“ (WHO 1978, s. 1)

V sociologickém pojmosloví je zdraví popisováno takto: „Zdraví je dynamická rovnováha organismu ve vztahu k vnitřním a vnějším podmínkám, která zajišťuje optimální fungování organismu. Zdraví je ale zároveň výsledkem a procesem vzájemné interakce organismu a prostředí.“ (Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny 1994, s. 29)

Dle Bureše (citováno dle Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny 1994, s. 29) je zdraví potenciálem schopností organismu přizpůsobit se, snést, vyvážit měnící se nároky prostředí. Proto se rozeznávají různé stupně zdraví podle přizpůsobivosti organismu vůči různě náročným prostředím. Zdraví tedy nelze chápat jako něco definitivního, ale jako proces, v němž je možný rozvoj daných možností organismu. Potenciál organismu lze i cílevědomě zvyšovat (např. výchovou, výživou, otužováním, očkováním, apod.), a vytvářet tak „pozitivní zdraví“. Tímto pojmem přispěl A. Antonowsky (1979), izraelský sociolog pracující ve zdravotnictví. Místo na patogenezi¹ se zaměřil na salutogenezi². Mezi nejdůležitější řadil osobní autonomii, důvěru ve svět a lidi kolem nás, pocit smysluplnosti života, schopnost rozumět světu a ovládat jej ve vztahu k událostem vlastního života (Bártlová 2005, s. 22-23).

WHO (Světová zdravotnická organizace) doporučila nový přístup ke zdraví, tzv. posilování zdraví (health promotion). Spočívá v aktivním vytváření imunních schopností organismu, psychiky a chování člověka jako jednotlivce i jako populačních skupin.

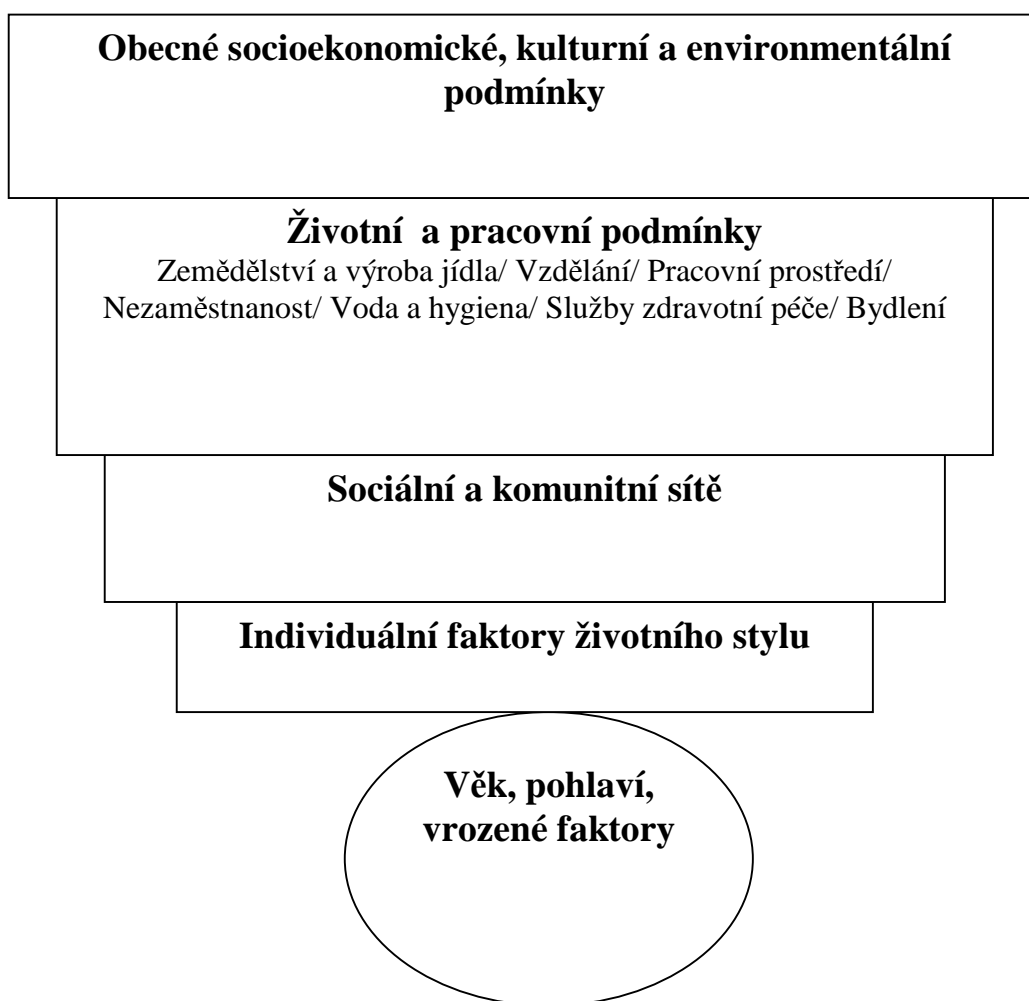
Posilování zdraví vyvolalo účinnější pojetí aktivní prevence nemocí, rozvinulo hnutí svépomocných skupin pečujících o zdraví, povzbudilo zájem hospodářských a dalších organizací i programovou podporu zdraví prospěšných aktivit zaměstnanců a obyvatel obcí a stimulovalo též rozsáhlou výrobu pomůcek pro usnadnění zdravého způsobu chování (Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny 1994, s. 29).

Stejně jako existuje celá řada definic zdraví, existuje také velké množství faktorů, které zdraví ovlivňují. Na tom, které faktory více či méně ovlivňují zdraví, neexistuje v tuto chvíli vědecká shoda. Například dle Bártlové jsou determinanty zdraví: způsob života – 50-60 % (způsob života je sociálně zafixovaný model činností, který se projevuje určitými aktivitami a stereotypy v delším časovém údobí a který převažuje nad aktuálními

¹ Zkoumá rizikové faktory nemocí.

² Hledá faktory, které podporují pohyb směrem ke zdraví.

reakcemi v chování), stav a kvalita prostředí – 20-25 % (včetně sociálních podmínek), genetické faktory – 10-15 %, organizace systému péče o zdraví obyvatelstva – 10-15 % (Bártlová 2005, s. 23-28). Dle Gorana Dahlgrena a Margaret Whitehead (1991), kteří vycházeli z tradic výzkumů v sociologii medicíny a epidemiologických výzkumů, je zase různost faktorů determinujících zdraví velice široká a komplexní (viz obrázek č. 1).



Obr. č. 1: Determinanty zdraví, Zdroj: Lahelma 2001, s. 67 v Cockerham et al. 2001

Individua jsou v centru. Nejdříve jsou obklopena konstitucionálními faktory určujícími zdraví. Věk a pohlaví jsou jak biologickým, tak sociálním činitelem, sociální

role a pozice jsou totiž silně ovlivněny fází života a pohlavím. Dále zdraví ovlivňují individuální životní styly a chování, jako je kupříkladu kouření, pití, jídlo a cvičení, dají se označit jako zdraví škodící či zdraví pomáhající. Jedinci jsou také v interakci s jinými jedinci v rámci komunit a vzájemná podpora poskytuje pomoc k podpoře zdraví svých členů. Také materiální podmínky a pracovní podmínky lidí ovlivňují možnost dosažení dobrého zdraví. Tyto podmínky jsou různé jak mezi jedinci, tak i mezi skupinami a celými společnostmi. Konečně také společenské, strukturální, kulturní a další faktory prostředí charakterizují komunitní či celospolečenský příspěvek k lidskému zdraví a společenskému zařazení se jedinců (Lahelma 2001, s. 69 v Cockerham et al. 2001).

Stejně jako existují různé definice zdraví, existují i různé definice nemoci. Kupříkladu Bártlová nemoc definuje jako potenciál vlastností organismu, které omezují možnosti organismu vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky prostředí, v němž člověk žije (Bártlová 2005, s. 43). Nemoc má stejně jako zdraví svůj aspekt biologický, psychický a společenský. Parsons zase (1951) definoval nemoc jako poruchu schopnosti individua plnit očekávané úkoly a role. V tomto pojetí je nemoc deviací (odchylkou) od normálu. Ve srovnání se všemi ostatními deviacemi je nemoc zvláštní v tom, že není následována negativními sankcemi. Sociologické pojmosloví zase vnímá nemoc, také chorobu, jako objektivně zjištěnou poruchu zdraví. Nemoc, kterou člověk vnímá, se většinou označuje jako onemocnění (Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny 1994, s. 35). Pro vznik onemocnění je rozhodující stav a působení tří skupin činitelů: 1) původce nemoci, který vyvolává nemoc nejen svou přítomností, ale i absencí, 2) člověka s jeho demografickými charakteristikami (pohlaví, věk, etnická skupina, rasa), fyziologickými stavy (námaha, stres, způsob výživy, těhotenství, puberta, stárnutí), imunologickou zkušeností, genetickými predispozicemi, postoji a chováním, respektive mírou zdravého způsobu života, 3) zevního prostředí, které zahrnuje aspekty biologické, přírodní a sociální, z nichž největší význam pro vznik nemoci mají: práce a její podmínky, vztahy mezi lidmi, životní prostředí a sociální, ekonomické, kulturní a psychologické podmínky (Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny 1994, s. 35). Vznik nemoci znamená pro člověka změnu sociální situace v zaměstnání, v rodině i na veřejnosti.

Každá nemoc má určité sociální důsledky. Nemoc často znemožňuje v plné míře vykonávat dosavadní činnost ve své profesi, a to jak dočasnou – pracovní neschopnost, tak i trvalou. Snížení fyzických schopností jako důsledek nemoci může vést až ke změně

zaměstnání. Změny v oblasti profese, jakou je změna povolání a tím někdy i zredukování příjmu, patří často k nejcitlivějším důsledkům nemoci. Zejména pro chronicky nemocné muže středních a vyšších věkových kategorií je z hlediska sociální identifikace velice důležité, jakým způsobem a v jakém rozsahu u nich probíhá obnovení pracovní činnosti (viz německé výzkumy – Siegrist 1975).

Stejně tak se sociální důsledky mohou projevit v rodině, například ve změně způsobu trávení volného času, což se projevuje hlavně u dlouhodoběji nemocných. Někdy nemoc narušuje vztahy v rodině. Narušené vztahy se projevují absencí či zmenšenou pomocí nemocného kupříkladu při domácích pracích či změnou podílení se na chodu rodiny tak, jak byla rodina zvyklá před začátkem nemoci (může to být změna vztahu k dětem, může také dojít k nesouladu v sexuálním životě). Změny v rodinných vztazích v důsledku nemoci působí v obou směrech, mohou vést ke zlepšení, nebo ke zhoršení rodinných vztahů. Častějším příkladem je druhá možnost, tedy zhoršování rodinných vztahů. Siegrist (1975) pokládá kvalitu a intenzitu emocionálních vztahů za kritické proměnné, které mají u různých stavů nemoci rozličné účinky. V této souvislosti lze pozorovat negativní důsledky nemoci u manželů, kteří nejsou schopni změnit své dosavadní role, nebo nejsou schopni své role pružně obměňovat. Na toto téma byla v sociologii medicíny provedena řada výzkumů (Finlayson, MC Evan, Siegrist, Gerhardtová). V prostředí dělnických rodin nalézali vědci mnohem častěji pevnější vymezení rolí než u nemocných z rodin zaměstnanců. U zaměstnaneckých rodin ve všech případech docházelo k omezování zátěže nemocného tím, že rodina byla schopna účelně přerozdělit své vnitřní role s cílem co nejvíce utlumit a vylučovat faktory působící negativně na nemocnou či rehabilitovanou osobu. V dělnických domácnostech se s nemocí dokázalo pozitivně vyrovnat pouze 56 % sledovaných případů. (Bártlová 2005, s. 51, Siegrist 1988, s. 202)

Výskyt a působení nemocí v populaci se nazývá nemocnost (Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny 1994, s. 37). Je to charakteristika demografická, kauzálně propojená s úmrtností, nadějí dožití a dlouhověkostí, a zároveň charakteristika kvality populace, sociální situace a sociálního vývoje. Snižování nemocnosti populace bylo vždy považováno za známku pokroku, její zvyšování za známku úpadku. Statistika zkoumá jednotlivé nemoci jako hromadný jev a sleduje jejich rozšíření v populaci. Studium nemocnosti je podobné studiu zdraví, respektive zdravotního stavu či situace. Sleduje se

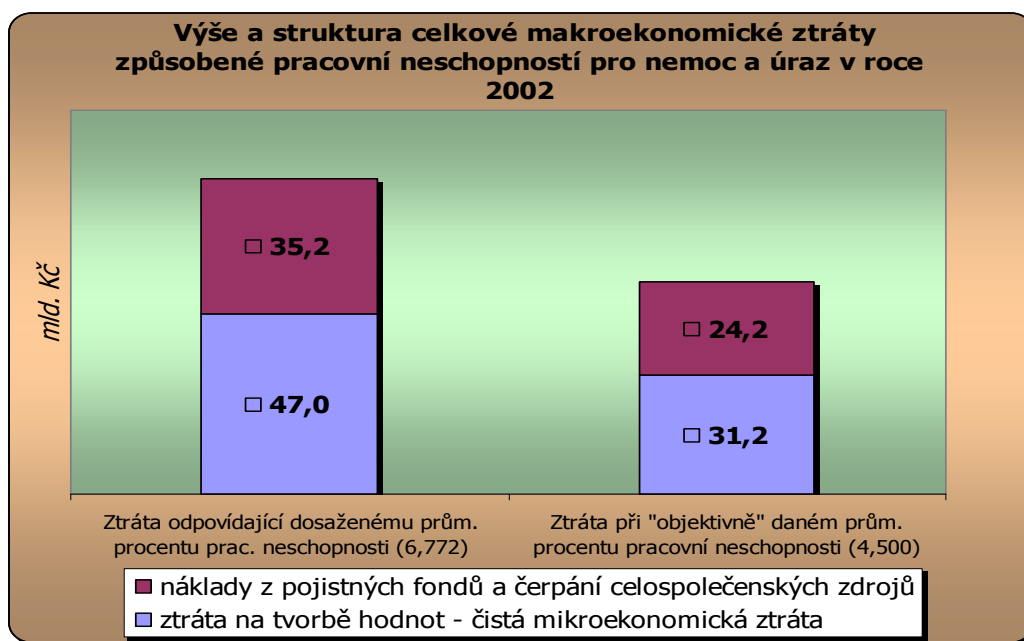
při něm průměrná délka nemoci, průměrný počet prostonaných dnů, zastoupení pracovně neschopných z celkového počtu pojištěných osob, počet přiznaných invalidních důchodů apod. Při statistickém studiu nemocí, úrazů a příčin smrti se poukazuje na nedostatek informací o nemocnosti, na nejednotnost její evidence i na podceňování přesnosti při zápisu diagnózy, které může značně ovlivnit kvalitu zpracovávaných statistických výsledků. Nemocnost a zdravotní stav, respektive situace populace, souvisí i s problematikou životního prostředí a pracovního prostředí, s fyzickou zdatností obyvatel, vyplývající z určitých životních návyků, s výživou a přístupem lidí k otázkám vlastního zdraví. Zdraví a nemocnost obyvatelstva nejen závisí na jednotlivých sociálních a ekonomických podmínkách dané společnosti, ale také výrazně tyto podmínky ovlivňuje či přímo vytváří (Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny 1994, s. 38).

Tak jako v případě zdraví, u něhož existuje celá řada faktorů je ovlivňujících, i v případě pracovní neschopnosti je celá řada faktorů a vlivů podepisujících se na míře využívání institutu pracovní neschopnosti. Sociálních i individuálních faktorů podílejících se na využívání institutu pracovní neschopnosti je mnoho a lze jen stěží určit, který faktor má větší váhu nežli ostatní. V dalších kapitolách své práce uvedu pro příklad vliv pohlaví, věku, výše platu, typu onemocnění, sezónnosti, vliv chřipkových epidemií, nezaměstnanosti a v neposlední řadě také možnost zneužití institutu pracovní neschopnosti.

Problematika pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz je závažná a z pohledu hodnocení vývoje v čase také zajímavá, a to nejméně ze tří důvodů. Prvním důvodem je zdravotní stránka věci. Míra využívání institutu pracovní neschopnosti může souviset se zdravotním stavem zaměstnanců v návaznosti na určitou pracovní činnost, pracovní prostředí, používanou techniku a technologii, bezpečnost a hygienu práce apod. Druhým důvodem je problematika absentérství, tedy využívání institutu pracovní neschopnosti z jiných než zdravotních důvodů. A třetí důvod, ekonomický, se vztahuje k důsledkům nepřítomnosti dočasně pracovně neschopných v zaměstnání, ke snížení tvorby zdrojů, k čerpání fondu nemocenského pojištění a v neposlední řadě i k vyvolaným nákladům zdravotní péče. Právě tento důvod se – ve světle změněných společensko-ekonomických podmínek od počátku devadesátých let minulého století – stává stále naléhavějším.

V České republice statistici z ČSÚ vypočítali výši a strukturu celkové makroekonomické ztráty způsobené využíváním institutu pracovní neschopnosti za rok 2002. Započítali do nich náklady z pojistných fondů, čerpání společenských zdrojů (tím se

míní kupříkladu čerpání zdrojů ze zdravotního pojištění) a ztrátu na tvorbě hodnot. Peněžní rozdíl při výši 6,7 % pracovní neschopnosti a hypotetickou výší 4,5 % pracovní neschopnosti je přibližně 27 miliard Kč ve výdajích.



Graf č. 1, Zdroj: ČSÚ, www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/archiv_publicaci

Práce neschopný pojištěný zaměstnanec není účastníkem procesu tvorby přidané hodnoty, a tedy ani domácího produktu. V koloběhu statků prostě určitý počet dnů jeho práce chybí, a musí ji při zachování stejného výkonu firmy nahradit někdo jiný, obvykle formou přesčasové práce za příplatek, tedy za cenu zvýšených nákladů. Svou pracovní absencí tak zaměstnanec nejen oslabuje intenzitu tvorby zdrojů v národním hospodářství, ale po dobu své pracovní neschopnosti zhoršuje příjmy svojí rodiny v důsledku omezení svých příjmů, které nahrazují podstatně nižší dávky nemocenského pojištění. Na straně poptávky se tak omezuje objem peněz, které by jinak vstoupily na trh a v podobě tržeb přispěly ke tvorbě a růstu HDP. Navíc nemocný, práce neschopný zaměstnanec obvykle čerpá zdroje ze zdravotního pojištění na drahou lékařskou péči.

Institut pracovní neschopnosti je obecně velkým problémem organizací, které používají směnný provoz či pevně stanovený pracovní rozvrh. Přímé náklady zahrnují

zaplacení nemocenské, vedlejší mzdy, přesčasy za účelem nahrazení pozice a přezaměstnanost (nadměrný počet zaměstnanců – v organizacích, které zaměstnávají extra pracovníky navíc za účelem náhrady chybějících zaměstnanců). Nepřímé náklady obsahují přerušení dodávek, sníženou produktivitu, ztrátu expertních znalostí a zkušeností, čas managementu na revizi pracovního přidělení, administrativní náklady na monitorování a spravování programu absencí (zdravotní programy), a v neposlední řadě také zásah do morálky ostatních pracujících.

3. Pracovní neschopnost v ČR

Data, se kterými se pracuje v této diplomové práci, jsou sbírána od roku 1949. Detailnější popis a rozdělení pracovní neschopnosti začal ČSÚ zpracovávat od roku 1958, odkdy začal rozlišovat pracovní neschopnost z důvodu nemoci, pracovního úrazu a ostatních úrazů. Celkovou pracovní neschopnost pak také rozděluje ČSÚ do dvou částí, na pracovní neschopnost, která bezprostředně nesouvisí s výkonem pracovní činnosti (obecnou či neprofesionální) a na pracovní neschopnost přímo vyvolanou pracovní činností či zaměstnáním (pro pracovní úraz, nemoc z povolání či ohrožení nemocí z povolání), kterou lze nazvat pracovní neschopností profesionální.

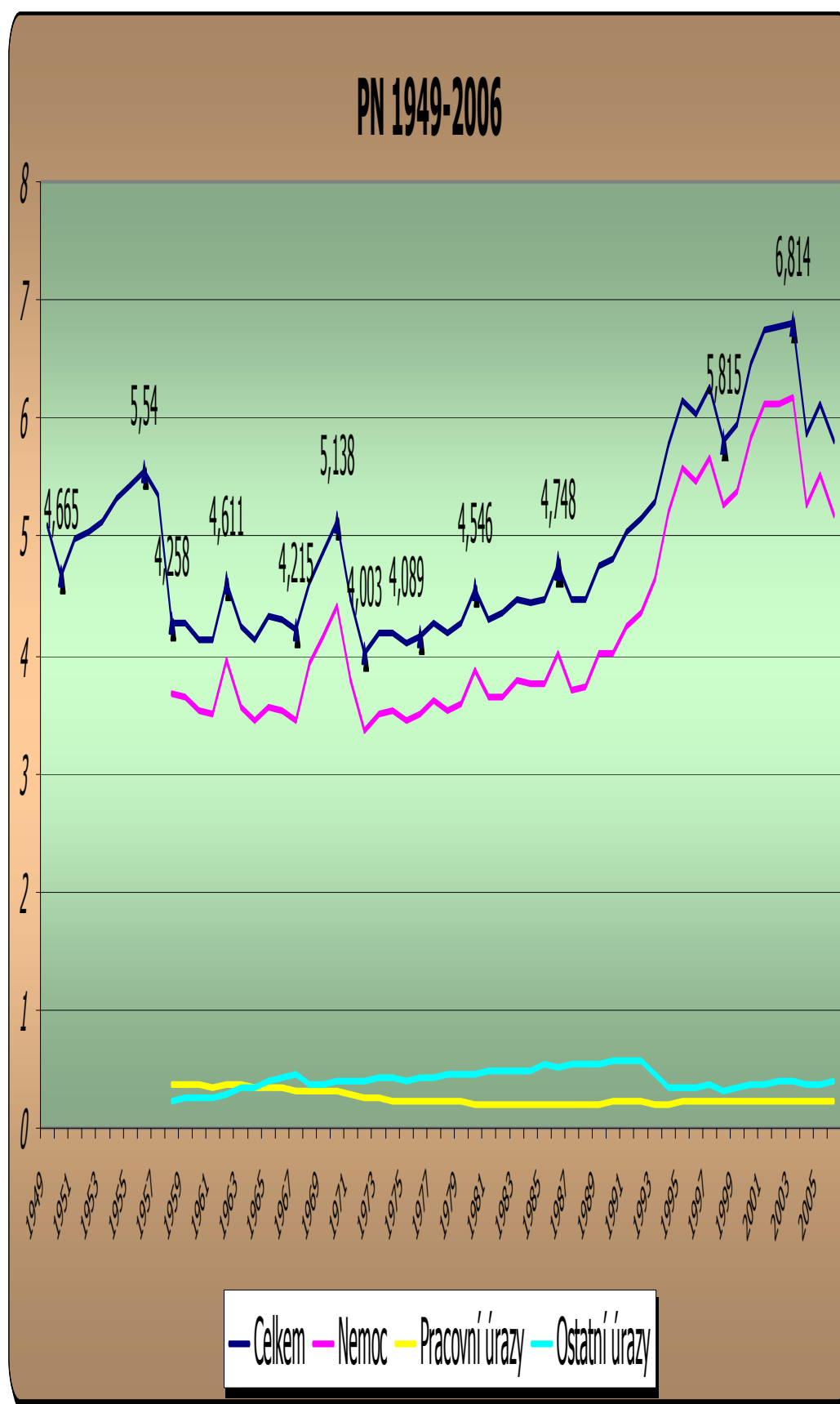
Souhrnným ukazatelem, který zohledňuje počet nových případů pracovní neschopnosti a délku jejich trvání v relaci k počtu nemocensky pojištěných a kalendářnímu fondu, je průměrné procento pracovní neschopnosti. Vyjadřuje podíl celkové délky pracovní neschopnosti na kalendářním fondu času nemocensky pojištěných osob v daném období v procentech a propočte se takto: počet kalendářních dnů pracovní neschopnosti x 100 / (průměrný počet nemocensky pojištěných osob v daném období x počet kalendářních dnů daného období) (definice ČSÚ). Jednodušeji řečeno, pracovní neschopnost je závislá na počtu kalendářních dní nemoci nemocného (započítává se i sobota a neděle).

Vývoj pracovní neschopnosti v ČR

Pracovní neschopnost se v letech 1949 – 1989 dlouhodobě pohybovala kolem hladiny 4,5 %. Na nejvyšší úrovni byla v roce 1956, a to na hodnotě 5,54 % (zde po několikaletém růstu), druhým vrcholem je rok 1970 a hodnota pracovní neschopnosti 5,138. Pouze v těchto dvou obdobích se pracovní neschopnost vymkla z oblasti 4 %. Nejnižší míra pracovní neschopnosti byla v roce 1972 – 4,03 %. Pracovní neschopnost v tomto období byla nejvíce ovlivněna pracovní neschopností pro nemoc, u pracovní neschopnosti pro pracovní úrazy došlo k dlouhodobé stagnaci, v roce 1958 – 0,373 %, v roce 1983 – 0,199 %. Jak je vidno z grafu č. 2, prakticky neustále klesala, od roku 1989 se pak míra pracovní

neschopnosti pro pracovní úraz udržuje na stejné hranici. Pracovní neschopnost u ostatních úrazů se pohybovala opačným směrem, tedy vzhůru, v roce 1958 – 0,224 %, v roce 1990 – 0,578 %. Velice zajímavou je zde skoková reakce v letech 1968 – 1970. Mohla by odpovídat anomické reakci na společenské události, útěku před společenskou situací do domácí a osobní reality. Hned v následujícím roce 1971 ale byla úroveň pracovní neschopnosti nejnižší za sledované období – 4,03 %. Stabilní růst pracovní neschopnosti započal v roce 1990, v tomto roce činila pracovní neschopnost 4,801 %. Od té doby jsme svědky zvyšující se pracovní neschopnosti (s výjimkou let 1998 – 1999, ve kterých pracovní neschopnost nestoupala) do roku 2003, kdy pracovní neschopnost dosáhla nejvyšší hodnoty 6,814. V roce 2004 došlo k významnému poklesu pracovní neschopnosti na 5,857, v následujícím roce ovšem pracovní neschopnost vzrostla přes úroveň 6 %, v roce 2006 následoval opětovný pokles pod hranici 6 %. Důvodem růstu byl rychlý nárůst pracovní neschopnosti pro nemoc, pracovní neschopnost pro úraz se prakticky nezměnila (v roce 1995 – 0,223 %, v roce 2006 – 0,229 %). U ostatních úrazů byla situace prakticky totožná jako u pracovních úrazů (pracovní neschopnost u ostatních úrazů se pohybovala v roce 1995 – 0,349 %, v roce 2006 – 0,395 %).

Významný pokles v roce 2004 po letech pokračujícího růstu pracovní neschopnosti byl způsoben hlavně dvěma faktory. Prvním faktorem byla platnost nového zákona č. 421/2003 Sb. platícího od 1. 1. 2004, kterým došlo ke změnám v nemocenském pojištění (např. snížení procentní sazby nemocenského za první tři dny pracovní neschopnosti z 50 % na 25 % denního vyměřovacího základu). Druhým faktorem byla absence chřipkové epidemie v roce 2004 v ČR. V případě prvního faktoru, tj. platnosti nového zákona, došlo k dočasnému zneprůhlednění a znejistění situace na pracovním trhu, co se týče zaměstnanců. Lze se domnívat, že se zaměstnanci obávali být nemocní, špatná informovanost a obavy o příjem se podstatným způsobem zasloužily o snížení pracovní neschopnosti. Důkazem podporujícím tuto tezi je míra pracovní neschopnosti v roce 2005, kdy opětovně stoupla. Můžeme tedy předpokládat, že si zaměstnanci zvykli na nové znění zákona a dokázali se mu přizpůsobit.



Graf č. 2, Zdroj: ČSÚ, www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/archiv_publicaci

Pracovní neschopnost

v procentech

	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Celkem	5,109	4,665	4,968	5,029	5,134	5,327	5,437	5,54	5,341	4,258	4,272	4,138	4,117	4,611	4,245	4,126	4,315	4,289	4,215
Nemoc										3,661	3,655	3,52	3,492	3,958	3,551	3,447	3,568	3,538	3,457
Pracovní úrazy										0,373	0,375	0,363	0,355	0,356	0,357	0,34	0,342	0,328	0,312
Ostatní úrazy										0,224	0,242	0,255	0,27	0,297	0,338	0,338	0,404	0,423	0,447

	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Celkem	4,614	4,86	5,138	4,464	4,003	4,176	4,173	4,089	4,166	4,275	4,184	4,267	4,546	4,311	4,345	4,469	4,437	4,476	4,748
Nemoc	3,926	4,159	4,417	3,773	3,35	3,507	3,521	3,448	3,505	3,614	3,52	3,584	3,883	3,632	3,65	3,774	3,745	3,750	4,027
Pracovní úrazy	0,312	0,318	0,315	0,283	0,259	0,248	0,238	0,229	0,228	0,224	0,216	0,216	0,207	0,205	0,203	0,199	0,194	0,197	0,195
Ostatní úrazy	0,376	0,383	0,406	0,408	0,393	0,421	0,415	0,411	0,433	0,437	0,448	0,467	0,457	0,474	0,492	0,497	0,498	0,529	0,526

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Celkem	4,456	4,459	4,768	4,800	5,043	5,145	5,300	5,771	6,15	6,049	6,252	5,815	5,954	6,455	6,748	6,772	6,814	5,857	6,126	5,814
Nemoc	3,712	3,729	4,027	4,008	4,254	4,361	4,636	5,211	5,578	5,468	5,659	5,253	5,392	5,849	6,133	6,134	6,186	5,256	5,521	5,189
Pracovní úrazy	0,198	0,191	0,191	0,215	0,216	0,214	0,213	0,211	0,223	0,232	0,237	0,235	0,226	0,229	0,231	0,232	0,222	0,222	0,228	0,229
Ostatní úrazy	0,547	0,539	0,550	0,578	0,574	0,570	0,451	0,349	0,349	0,349	0,356	0,327	0,336	0,377	0,384	0,406	0,405	0,379	0,378	0,396

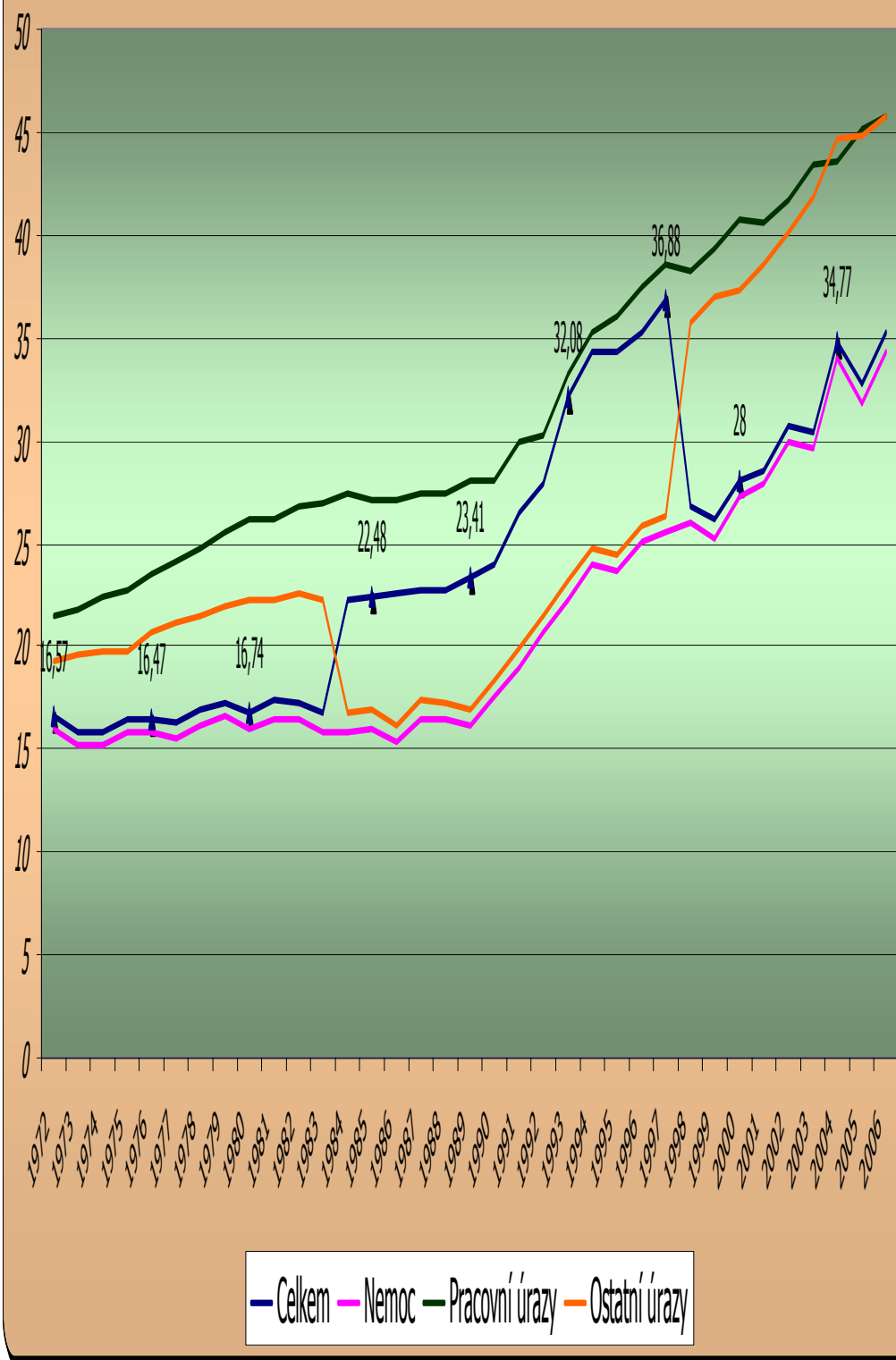
Tab. č. 1, Zdroj dat ČSÚ

Průměrná délka 1 pracovní neschopnosti (ukončené)

Průměrná délka 1 pracovní neschopnosti je dalším podstatným ukazatelem využívání institutu pracovní neschopnosti. V letech 2000 – 2006 neustále stoupala s drobnými výkyvy (jako kupříkladu v roce 2003 – kdy je nepokračování ve stejné linii růstu způsobeno větší četností onemocnění zejména kratšího charakteru). Rostla ve všech rozděleních pracovní neschopnosti, u pracovního úrazu (2000 – 40,7 dne připadajících na jednu pracovní neschopnost, 2006 – 45,77 dne), u ostatních úrazů (2000 – 37,37 dne, 2006 – 45,7 dne), u nemoci (2000 – 27,22 dne, 2006 – 34,31 dne) a celkem (2000 – 28 dne, 2006 – 35,26 dne).

Průměrná doba na jednu pracovní neschopnost je v současné době na svých historických maximech, alespoň od začátku sbírání dat, tj. od roku 1949 (viz graf č. 3). Zatímco u celkového ukazatele najdeme po počátečních 21,24 dnech v roce 1949 pozvolný pokles trvající až do roku 1962 – 14,28 dne, posléze přichází pozvolný nárůst trvající v podstatě až do současnosti. Křivka připadající na jednu pracovní neschopnost pro nemoc kopíruje celkový ukazatel. U pracovních úrazů a ostatních úrazů je však situace odlišná, zvláště pak u pracovních úrazů, kdy ukazatel (1958 – 16,23 dne) strmě stoupá (1983 – 29,94 dne), u ostatních úrazů už nebyl nárůst tak dramatický (1958 – 15,67 dne, 1983 – 22,28). Dramatický obrat u ostatních úrazů ale lze vidět mezi roky 1997 a 1998, kdy je nárůst délky mezi těmito po sobě následujícími roky necelých 10 dní. Zvětšení délky 1 pracovní neschopnosti u pracovních úrazů se dá vysvětlit mimo jiné také těžší pracovní zátěží, prací s větší mechanizací a mechanizovanými prostředky, které dokáží více ublížit.

Průměrná doba onemocnění 1949-2006



Graf č. 3, Zdroj: ČSÚ, www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/archiv_publicaci

Průměrná doba onemocnění

ve dnech

	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Celkem	21,24	20,1	19,18	19,34	20,39	19,71	20,28	19,26	16,42	16,05	15,12	15,29	15,53	14,28	15,01	14,84	14,99	15,65	16,19
Nemoc										16,06	14,96	15,12	15,33	13,88	14,61	14,39	14,36	15,05	15,6
Pracovní úrazy										16,23	16,53	16,84	17,55	18,12	18,22	18,53	20,11	20,86	21,39
Ostatní úrazy										15,67	15,53	15,68	15,83	16,5	16,79	16,89	18,07	18,1	18,42

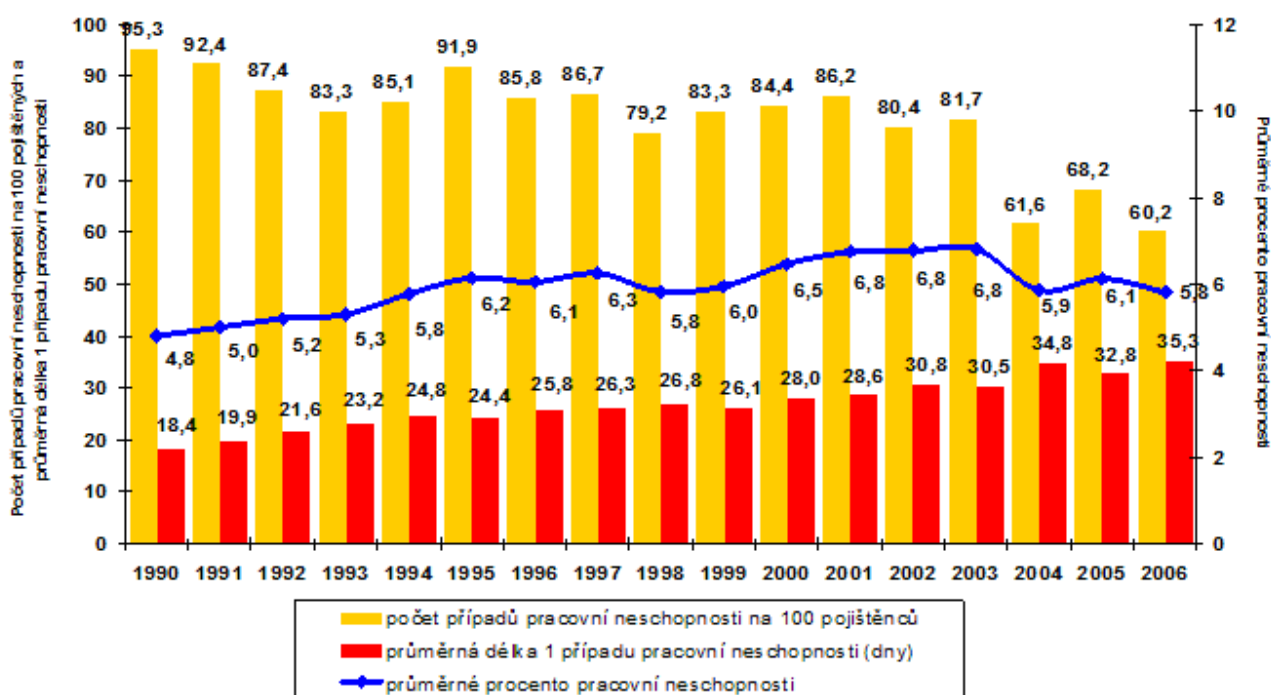
	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Celkem	16,07	16,33	16,46	15,92	16,57	15,89	15,8	16,46	16,47	16,31	16,91	17,31	16,74	17,33	17,23	16,7	22,30	22,48	22,51
Nemoc	15,38	15,67	15,87	15,34	16,03	15,25	15,14	15,85	15,77	15,56	16,16	16,54	15,97	16,53	16,38	15,86	15,88	16,06	15,33
Pracovní úrazy	22,45	23,02	22,42	21,34	21,52	21,82	22,36	22,74	23,46	24,21	24,8	25,51	26,23	26,16	26,85	26,94	27,39	27,08	27,10
Ostatní úrazy	21	20,84	20,53	19,35	19,22	19,52	19,75	19,78	20,63	21,16	21,51	21,95	22,2	22,26	22,51	22,28	16,73	16,93	16,19

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Celkem	22,78	22,65	23,41	23,98	26,48	27,83	32,08	34,27	34,30	35,22	36,88	26,79	26,10	28	28,59	30,76	30,45	34,77	32,79	35,26
Nemoc	16,49	16,39	16,09	17,48	18,97	20,65	22,31	24,01	23,71	25,04	25,51	26,04	25,28	27,22	27,83	30	29,61	33,94	31,85	34,31
Pracovní úrazy	27,37	27,37	28,10	28,13	29,88	30,25	33,26	35,22	36,03	37,43	38,52	38,23	39,40	40,7	40,61	41,69	43,36	43,65	45,13	45,77
Ostatní úrazy	17,38	17,27	17,00	18,39	19,92	21,55	23,22	24,75	24,44	25,79	26,31	35,67	37,00	37,37	38,58	40,05	41,87	44,61	44,83	45,7

Tab. č. 2, Zdroj dat ČSÚ

V situaci, kdy se zejména ve zdravotnictví udály obrovské změny a došlo k pokroku při léčení nemocí, a dokonce k vyléčení více nemocí, kdy dochází k zefektivnění léčby, ke zlepšení medikamentů, etc., se přesto neustále prodlužuje doba jedné pracovní neschopnosti. Při bližším pohledu na data lze ale zjistit, že v České republice ubývá počet případů využití institutu pracovní neschopnosti.

Zdůvodnění je nasnadě, z porovnání vývoje počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných na straně jedné a délky této neschopnosti na jeden případ na straně druhé je zřejmý zcela opačný průběh v čase. Zatímco se počet nově hlášených případů z důvodu sledovaných příčin v letech 1990 – 2006 snižoval (mírně z důvodu nemoci a rychleji z důvodu úrazovosti), délka pracovní neschopnosti – zejména z důvodu nemoci – se poměrně dynamicky prodlužovala.



Graf č. 4, Zdroj: ČSÚ, www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/archiv_publicaci

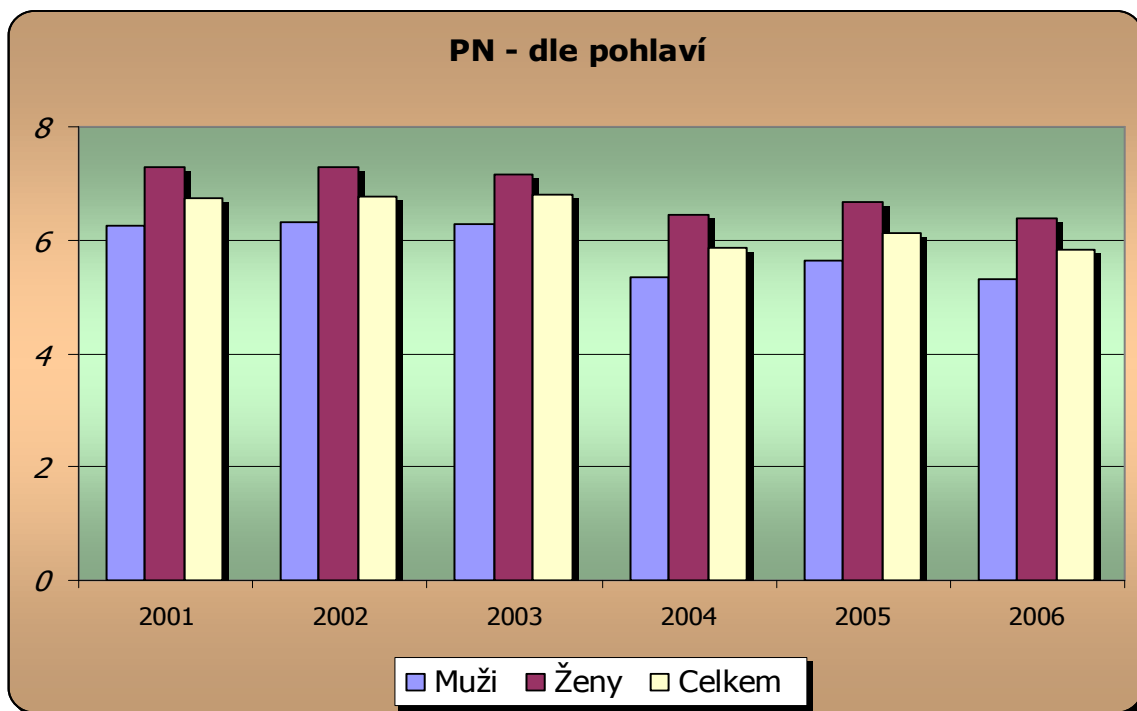
Jinak řečeno to znamená, že stále menší počet pracovní neschopných byl v pracovní neschopnosti stále déle. Což by mohlo znamenat v podstatě dobrou zprávu, že problémy má čím dál tím méně lidí a potažmo je populace v České republice zdravější.

Ale objevují se i jiné pohledy na věc, jako kupříkladu (A. Klesla - Pracovní neschopnost - faktor omezující produktivitu práce, Demografie.info, 4.11.2007), který správně poukazuje na jinou tendenci. Lehce a krátkodobě zdravotně postižení anebo nemocní zaměstnanci stále méně vyžadují a přijímají krátkodobou pracovní neschopnost a svoje v podstatě banální zdravotní problémy stále častěji řeší jiným způsobem. V nejhorším případě ignorováním zdravotních obtíží, v nejlepším případě ambulantním ošetřením u lékaře a klidem na lůžku v domácím ošetřování po dobu čerpání několika dnů dovolené.

4. Vliv pohlaví a věku na využívání pracovní neschopnosti

Jedněmi z mnoha vlivů na míru využívání institutu pracovní neschopnosti jsou demografické kategorie pohlaví a věku. Díky datům sbíraným v ČSÚ lze s těmito ukazateli pracovat. Také studie ze zahraničí se zabývají využíváním institutu pracovní neschopnosti z hlediska pohlaví a věku.

Zahraníční studie o využívání pracovní neschopnosti a pracovním absentérství (Moncada 2002, Hartmann 2003, Andrén 2005) ukazují na nepoměr, co se týče pohlaví. Je ale potřeba vzít v potaz, že tyto výzkumy vyjma švédských, kde jsou data sbírána od celé pracovní populace, jsou pouze případové studie. Moncadova práce se týká zaměstnanců barcelonského městského úřadu, Hartmannova zase pojištěnců holandské pojišťovny specializující se na holandské farmáře. Přesto i tyto případové studie ukazují, že vyšší míry pracovní absence jsou obecně reportovány u žen. Ovšem zde je argumentováno tím, že takové rozdíly jsou způsobeny hlavně reprodukčním zatížením žen. Reprodukčním ve smyslu starostí o rodinu a domácnost. Z hlediska českých dat se potvrzuje, že mají ženy vyšší pracovní neschopnost než muži, v roce 2001 ženy – 7,3 %, muži – 6,258 %, v roce 2006 ženy – 6,3 %, muži – 5,321 %. Rozdíl mezi ženskou a mužskou pracovní neschopností se dlouhodobě pohybuje kolem hranice 1 %.



Graf č. 5, Zdroj: ČSÚ, upraveno z www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/archiv_publicaci

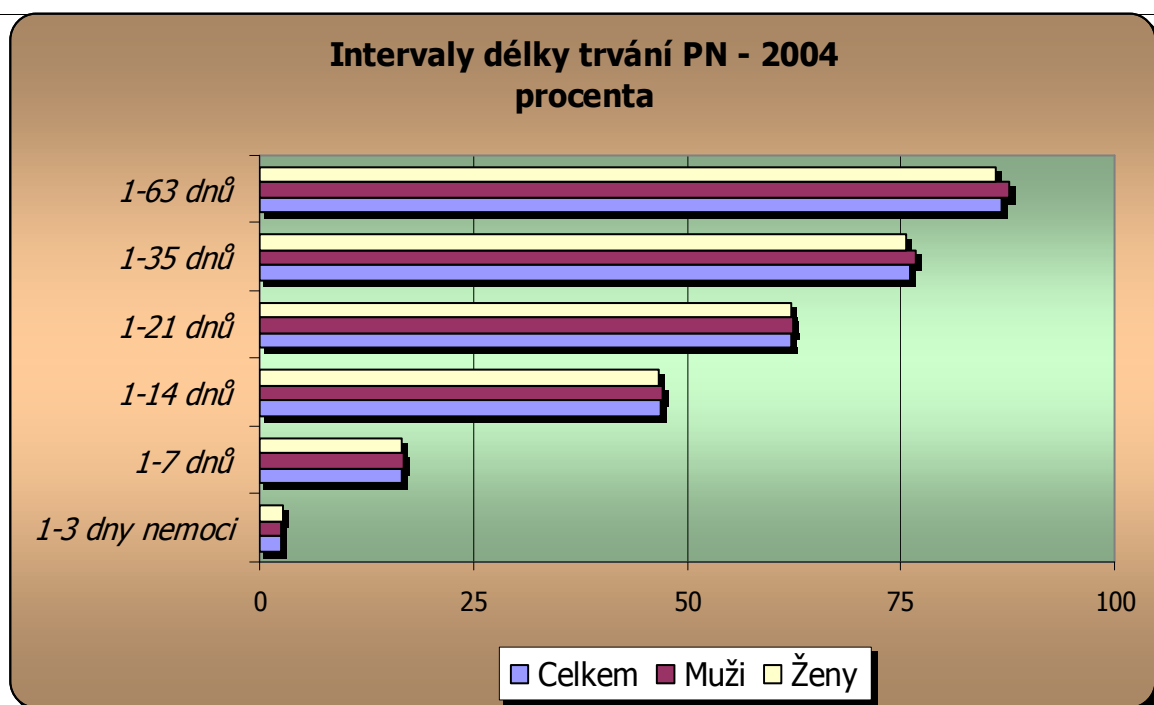
Tab. 3 Pracovní neschopnost rozdělena dle pohlaví

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Muži	6,258	6,323	6,288	5,335	5,641	5,321
Ženy	7,3	7,277	7,147	6,447	6,677	6,372
Celkem	6,748	6,772	6,814	5,857	6,126	5,814

Tab. č. 3, Zdroj: ČSÚ, upraveno z www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/archiv_publicaci

Počet neschopenek (přepočteno na počet nemocných) už neukazuje v celkové míře rozdíly mezi ženami a muži, u obou pohlaví je to 1,6 neschopenky na osobu.

Fakt platící pro obě pohlaví je¹, že necelých 50 % případů pracovní neschopnosti dosahuje délky do 14 dnů (včetně) strávené v pracovní neschopnosti. Zajímavostí jsou také pracovní neschopenky trvající do 3 dnů, v roce 2004 – 1,3 % a v roce 2005 – 1,2 % z celkového počtu pracovních neschopenek. Zajímavým je tento fakt díky vládnímu opatření platícímu od 1. 1. 2008, od této doby se nebudou proplácet lidem na pracovní neschopence první 3 dny strávené v pracovní neschopnosti, označuje se jako „karenční doba“.²



Graf č. 6 Zdroj: ÚZIS, www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=pracovn%ED%20neschopnosti®ion=100&kind=1&mnu_id=5300

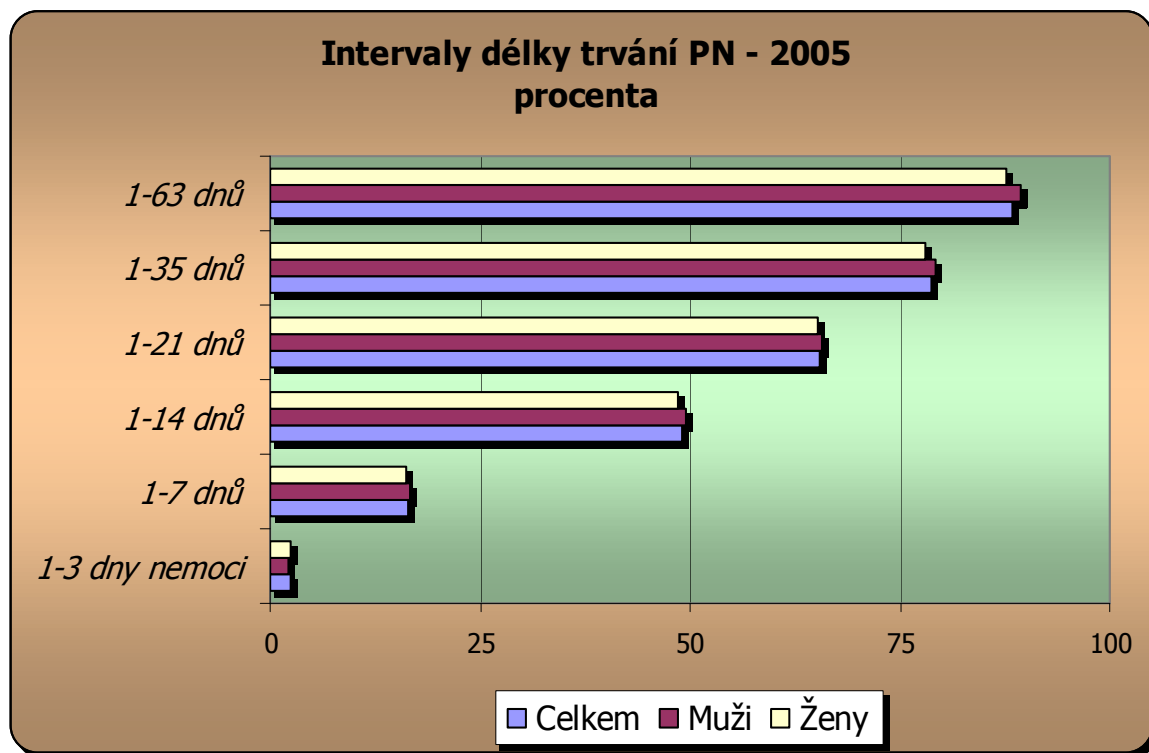
¹ V práci jsou uvedeny grafy a tabulky z roku 2004 a 2005, to vše z důvodu porovnání dat, jak se chřipková epidemie projevuje či neprojevuje z hlediska pohlaví.

² Ústavní soud ČR karenční dobu zrušil.

Počet případů pracovní neschopnosti podle pohlaví a intervalu délky trvání pracovní neschopnosti (ve dnech) 2004

Dny a intervaly délky trvání PN ve dnech	Počet případů					
	muži		ženy		celkem	
	absol.	v %	absol.	v %	absol.	
1	6 719	0,5	6 608	0,5	13 327	0,5
2	9 798	0,7	10 271	0,8	20 069	0,7
3	17 287	1,3	18 409	1,4	35 696	1,3
4	25 309	1,8	24 050	1,8	49 359	1,8
5	40 347	2,9	37 332	2,8	77 679	2,9
6	45 187	3,3	42 750	3,2	87 937	3,2
7	86 980	6,3	83 251	6,2	170 231	6,2
8	58 178	4,2	57 376	4,3	115 554	4,3
9	46 044	3,3	45 778	3,4	91 822	3,4
10	56 064	4,1	55 968	4,1	112 032	4,1
11	52 983	3,8	51 105	3,8	104 088	3,8
12	62 806	4,6	60 248	4,5	123 054	4,5
13	57 188	4,2	55 907	4,1	113 095	4,2
14	84 155	6,1	79 244	5,9	163 399	6
15	28 537	2,1	28 781	2,1	57 318	2,1
16	24 478	1,8	23 839	1,8	48 317	1,8
17	32 783	2,4	33 007	2,5	65 790	2,4
18	27 700	2	27 668	2,1	55 368	2
19	29 167	2,1	28 833	2,1	58 000	2,1
20	27 261	2	26 887	2	54 148	2
21	41 448	3	39 490	2,9	80 938	3
22 - 28	114 967	8,4	108 778	8,1	223 745	8,2
29 - 35	79 536	5,8	70 566	5,2	150 102	5,5
36 - 42	52 667	3,8	47 073	3,5	99 740	3,7
43 - 49	41 108	3	37 441	2,8	78 549	2,9
50 - 56	30 988	2,2	29 029	2,2	60 017	2,2
57 - 63	27 570	2	25 599	1,9	53 169	2
64 - 70	19 534	1,4	19 075	1,4	38 609	1,4
71 - 77	16 559	1,2	15 737	1,1	32 296	1,2
78 - 84	15 455	1,1	15 694	1,1	31 149	1,1
85 - 91	12 595	0,9	12 389	0,9	24 984	0,9
92 - 182	63 424	4,6	78 110	5,8	141 534	5,2
183+	42 850	3,1	49 986	3,7	92 836	3,4
Celkem	1 377 672	100	1 346 279	100	2 723 951	100

Tab. č. 4, Zdroj: ÚZIS,
[www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=pracovn%ED%20neschopnosti®io
n=100&kind=1&mnu_id=5300](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=pracovn%ED%20neschopnosti®io n=100&kind=1&mnu_id=5300)



Graf

č.

7,

Zdroj:

ÚZIS,

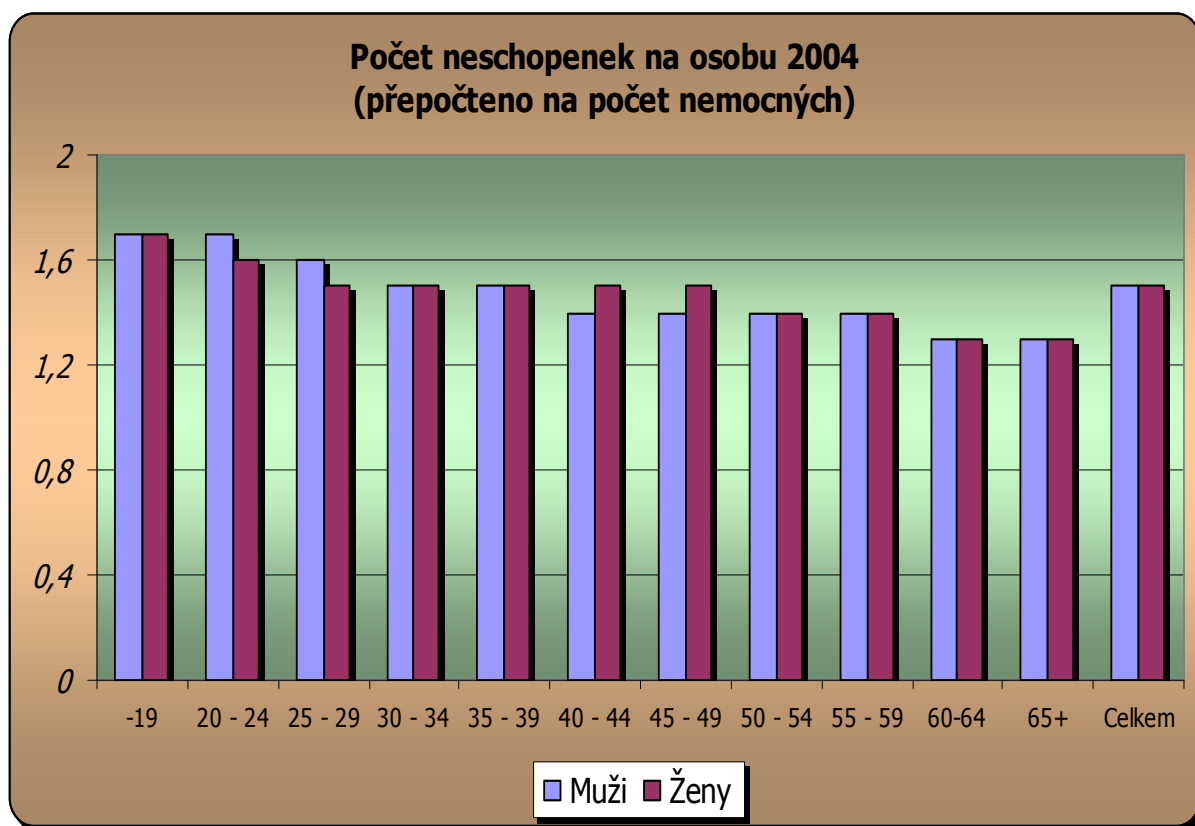
www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=pracovn%ED%20neschopnosti®ion=100&kind=1&mnu_id=5300

Počet případů pracovní neschopnosti podle pohlaví a intervalu délky trvání pracovní neschopnosti (ve dnech) 2005

Dny a intervaly délky trvání PN ve dnech	Počet případů					
	muži		ženy		celkem	
	absol.	v %	absol.	v %	absol.	v %
1	7 382	0,4	7 030	0,4	14 412	0,4
2	10 868	0,6	10 967	0,7	21 835	0,7
3	20 013	1,2	20 200	1,3	40 213	1,2
4	28 888	1,7	27 211	1,7	56 099	1,7
5	47 616	2,9	42 702	2,7	90 318	2,8
6	53 235	3,2	49 407	3,1	102 642	3,2
7	109 517	6,6	100 936	6,3	210 453	6,4
8	78 707	4,7	74 901	4,7	153 608	4,7
9	58 733	3,5	56 202	3,5	114 935	3,5
10	70 117	4,2	68 287	4,3	138 404	4,2
11	71 980	4,3	66 058	4,1	138 038	4,2
12	84 058	5	76 112	4,8	160 170	4,9
13	76 924	4,6	73 299	4,6	150 223	4,6
14	110 589	6,6	102 847	6,4	213 436	6,5
15	42 994	2,6	41 201	2,6	84 195	2,6
16	29 553	1,8	29 212	1,8	58 765	1,8
17	39 025	2,3	38 749	2,4	77 774	2,4
18	36 788	2,2	35 974	2,3	72 762	2,2
19	37 556	2,2	36 665	2,3	74 221	2,3
20	34 544	2,1	33 318	2,1	67 862	2,1
21	49 309	3	47 025	3	96 334	3
22 - 28	135 644	8,1	127 272	8	262 916	8,1
29 - 35	91 197	5,5	79 789	5	170 986	5,2
36 - 42	59 168	3,5	51 703	3,2	110 871	3,4
43 - 49	44 999	2,7	40 357	2,5	85 356	2,6
50 - 56	34 508	2,1	31 780	2	66 288	2
57 - 63	30 624	1,8	28 421	1,8	59 045	1,8
64 - 70	21 729	1,3	20 278	1,3	42 007	1,3
71 - 77	17 894	1,1	17 015	1,1	34 909	1,1
78 - 84	16 762	1	16 614	1	33 376	1
85 - 91	13 919	0,8	13 215	0,8	27 134	0,8
92 - 182	65 669	3,9	80 965	5,1	146 634	4,5
183+	42 337	2,5	49 986	3,1	92 323	2,8
Celkem	1 672 846	100	1 595 698	100	3 268 544	100

Tab. č. 5, Zdroj: ÚZIS,

www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=pracovn%ED%20neschopnosti®ion=100&kind=1&mnu_id=5300



Graf č. 8, Zdroj: ÚZIS,
www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=pracovn%ED%20neschopnosti®ion=100&kind=1&mnu_id=5300

Rozložení počtu práce neschopných osob podle celkového počtu PN a věkových skupin, muži – 2004

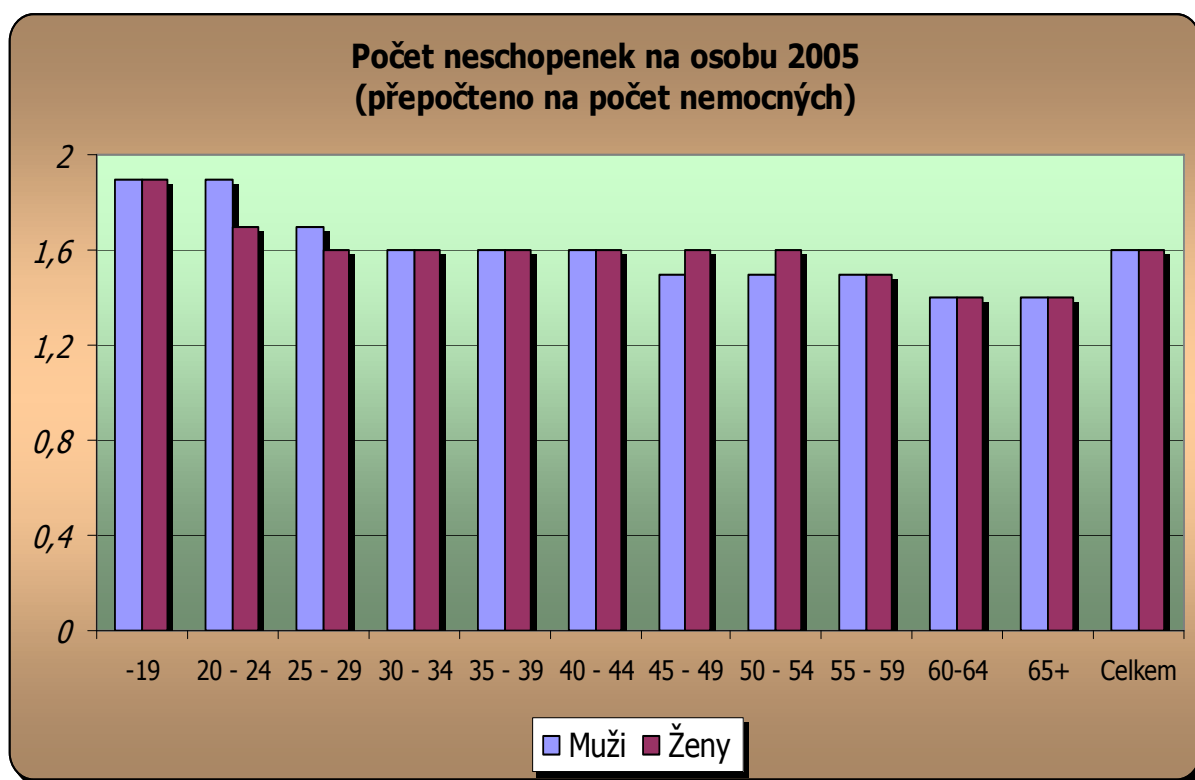
Celkový počet	Věková skupina												
PN	-19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65+	celkem	PN
Muži													
1	10 743	68 493	96 765	80 858	65 601	61 099	68 017	76 741	71 964	21 212	8 105	629 598	1
2	4 438	30 138	36 770	27 924	21 441	19 036	20 858	22 570	20 211	4 719	1 774	209 879	2
3	1 993	12 197	12 513	8 488	6 264	5 084	5 387	5 442	4 716	914	331	63 329	3
4	858	4 580	4 216	2 741	1 910	1 596	1 501	1 443	1 182	230	78	20 335	4
5	319	1 709	1 358	791	548	400	372	314	239	41	15	6 106	5
6	155	687	488	299	198	159	140	153	116	17	5	2 417	6
7	59	257	168	120	73	56	42	31	22	5	1	834	7
8	27	124	85	41	33	27	15	10	14	7	1	384	8
9+	23	96	63	47	27	14	9	9	10	-	-	298	9+
Celkem PN	32 431	200 116	236 909	180 557	139 879	124 510	135 103	146 857	133 522	34 710	13 078	1 377 672	Celkem PN
Celkem osob	18 615	118 281	152 426	121 309	96 095	87 471	96 341	106 713	98 474	27 145	10 310	933 180	Celkem osob
Počet PN/os	1,7	1,7	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,5	Počet PN/os

Tab. č. 6, Zdroj: ÚZIS,
www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=pracovn%ED%20neschopnosti®ion=100&kind=1&mnu_id=5300

Rozložení počtu práce neschopných osob podle celkového počtu PN a věkových skupin, ženy – 2004

Celkový počet	Věková skupina												
PN	-19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65+	celkem	PN
Ženy													
1	8 317	63 636	89 254	75 416	70 038	70 263	81 853	93 772	47 737	10 283	6 035	616 604	1
2	3 374	24 508	30 188	26 865	25 263	24 607	29 021	32 235	13 262	2 427	1 393	213 143	2
3	1 437	8 439	9 169	7 874	7 190	6 824	7 896	8 452	2 922	467	263	60 933	3
4	571	2 925	2 980	2 459	2 244	2 109	2 318	2 389	833	115	67	19 010	4
5	219	977	822	600	558	493	500	496	135	29	14	4 843	5
6	86	368	277	252	237	220	206	222	100	11	7	1 986	6
7	41	114	85	84	62	59	48	33	13	1	-	540	7
8	16	58	41	27	23	28	38	38	13	-	1	283	8
9+	12	48	34	28	27	20	33	21	6	-	1	230	9+
Celkem PN	23 806	158 507	196 118	168 213	156 214	153 004	177 582	197 713	87 899	17 216	10 007	1 346 279	Celkem PN
Celkem osob	14 073	101 073	132 850	113 605	105 642	104 623	121 913	137 658	65 021	13 333	7 781	917 572	Celkem osob
Počet PN/os	1,7	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3	1,3	1,5	Počet PN/os

Tab. č. 7, Zdroj: ÚZIS,
www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=pracovn%ED%20neschopnosti®ion=100&kind=1&mnu_id=5300



Graf č. 9, Zdroj: ÚZIS,
www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=pracovn%ED%20neschopnosti®ion=100&kind=1&mnu_id=5300

Rozložení počtu práce neschopných osob podle celkového počtu PN a věkových skupin, muži – absolutně – 2005

Celkový počet	Věková skupina												
PN	-19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65+	celkem	PN
Muži													
1	10 837	64 195	92 935	84 293	65 190	62 778	64 993	75 163	71 721	23 437	7 744	623 286	1
2	5 202	33 753	43 207	37 211	27 387	25 455	26 122	28 670	26 521	7 258	2 282	263 068	2
3	2 685	15 181	16 274	12 839	9 110	7 869	7 880	8 159	7 389	1 701	485	89 572	3
4	1 326	6 760	6 561	4 793	3 432	2 847	2 751	2 749	2 451	490	155	34 315	4
5	614	2 815	2 298	1 630	1 154	910	758	837	648	139	34	11 837	5
6	281	1 233	974	699	489	359	330	320	276	61	15	5 037	6
7	131	530	373	261	155	122	95	80	87	3	2	1 839	7
8	61	253	195	125	96	62	63	47	40	7	5	954	8
9+	53	242	143	102	66	45	41	29	17	7	1	746	9+
Celkem PN	41 305	233 941	277 346	232 597	172 247	157 189	159 234	175 323	162 727	46 230	14 707	1 672 846	Celkem PN
Celkem osob	21 190	124 962	162 960	141 953	107 079	100 447	103 033	116 054	109 150	33 103	10 723	1 030 654	Celkem osob
Počet PN/os	1,9	1,9	1,7	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,6	Počet PN/os

Tab. č. 8, Zdroj: ÚZIS,
www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=pracovn%ED%20neschopnosti®ion=100&kind=1&mnu_id=5300

Rozložení počtu práce neschopných osob podle celkového počtu PN a věkových skupin, ženy – absolutně – 2005

Celkový počet	Věková skupina												
PN	-19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65+	celkem	PN
Ženy													
1	7 648	58 088	85 938	78 381	69 012	71 691	77 134	90 170	51 306	10 218	5 804	605 390	1
2	3 598	26 382	35 199	33 165	30 673	31 321	34 120	39 299	18 379	3 412	1 832	257 380	2
3	1 567	10 056	11 794	11 210	10 037	10 156	10 830	12 366	4 912	742	393	84 063	3
4	751	4 142	4 434	4 229	3 696	3 711	3 991	4 464	1 674	225	132	31 449	4
5	325	1 497	1 566	1 369	1 177	1 091	1 130	1 163	434	49	26	9 827	5
6	167	699	600	559	549	533	523	578	247	29	8	4 492	6
7	76	263	224	177	159	141	128	115	45	3	1	1 332	7
8	29	147	98	82	95	85	80	84	41	6	1	748	8
9+	38	130	99	63	61	60	60	57	26	2	1	597	9+
Celkem PN	26 331	173 643	224 252	208 013	186 923	190 579	204 770	235 082	114 052	20 675	11 378	1 595 698	Celkem PN
Celkem osob	14 199	101 404	139 952	129 235	115 459	118 789	127 996	148 296	77 064	14 686	8 198	995 278	Celkem osob
Počet PN/os	1,9	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5	1,4	1,4	1,6	Počet PN/os

Tab. č. 9, Zdroj: ÚZIS,
www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=pracovn%ED%20neschopnosti®ion=100&kind=1&mnu_id=5300

Na základě uvedených dat můžeme říci, že ženy jsou stejně často na nemocenské jako muži, ale delší dobu. To také potvrzují závěry švédské studie (Andrén 2005, s. 15), že ženy měly o 22 % menší úroveň krátkodobé absence než muži.¹

Existují také další studie zabývající se genderovým a věkovým rozdělením, nejrozsáhlejší z nich je případová studie z katalánské Barcelony nazvaná jako projekt „Casa Gran“ – sociální nerovnoměrnosti ve zdraví a pohlaví (Moncada 2002). Byl směřován k analýze faktorů struktury a psychosociálního pracovního prostředí v souvislosti s nerovnostmi ve zdraví mezi zaměstnanci barcelonského městského úřadu, se speciálním zaměřením na studium zdravotní nerovnosti mezi pohlavím. „Casa Gran“ byl komponován z různých navzájem propojených studií. Tyto výsledky se týkají pracovní neschopnosti, administrativních kategorií a pohlaví, což jsou klíčové body v prezentaci doktora Moncady na mezinárodní konferenci zabývající se snižováním sociální nerovnoměrnosti ve zdraví. Moncadova práce je, jak sám říká, jednou z prvních ve Španělsku zabývajících se pracovní neschopností, speciálně se zaměřením na sociální a genderovou nerovnoměrnost v pracovní neschopnosti. Dospěla k tomuto závěru: genderový efekt v institutu pracovní neschopnosti se projevuje takto: 1) být ženou zvyšuje pravděpodobnost využití institutu pracovní neschopnosti, 2) s rostoucím věkem se zvyšuje délka času stráveného v pracovní neschopnosti (Moncada 2002, s. 31). Genderové a věkové rozdělení využívání pracovní neschopnosti z hlediska délky trvání pracovní absence bylo také tématem Moncadovy práce.

¹ Tato švédská studie se zajímala i o věkové a minoritní rozlišení. U starších zaměstnanců je menší úroveň krátkodobé absence než u mladších zaměstnanců. Zajímavým je také ukazatel národnosti, respektive rozdílná úroveň krátkodobé nemocnosti u Švédů narozených ve Švédsku a Švédů imigrovaných do Švédska v průběhu života. Rodní Švédové měli o cca 15 % menší úroveň krátkodobé pracovní neschopnosti. Příčinou může být špatná zdravotní situace, výběr specifických pracovních prostředí díky etnickému pozadí, nebo prostě jen kulturní rozdíly mezi Švédy narozenými a Švédy nenarozenými ve Švédsku. Nižší úroveň krátkodobé nemocnosti cca o 10 % se také projevuje u lidí žijících ve svazku manželství než u lidí nesezdaných (Andrén 2005, s. 15)

U mužů výskyt dlouhodobých episod v pracovní neschopnosti ukázal jasně zvyšující se trend v závislosti na věku a pracovní pozici, skupiny starších zaměstnanců s výjimkou zaměstnanecké skupiny techniků a pomocných sil ve věku 45 – 54 let měly vyšší míru dlouhodobých pracovních neschopností nežli mladí zaměstnanci. Nižší kategorie pracovních pozic také ukázaly vyšší míru v dlouhodobé pracovní neschopnosti nežli vyšší pozice.

U žen byl u dlouhodobých nemocí vztah mezi věkem a pracovní pozicí méně průkazný než u mužů. Míry výskytu krátkodobé pracovní neschopnosti ukazují jiné vzorce. U mužů se výskyt krátkodobých nemocí snižuje s rostoucím věkem. Stejný trend je pozorován u žen, tedy pokles krátkodobých pracovních neschopností s rostoucím věkem zaměstnankyň.

Míry u žen byly obecně větší než u mužů na stejné pracovní pozici a ve stejné věkové kategorii. Tyto rozdíly v pohlaví se průkazněji ukazují u krátkodobých než u dlouhodobých pracovních neschopností. Vztah mezi výskytem událostí a pohlavím může být způsoben různou náplní práce u mužů a žen, vlivem genderové pracovní segregace a také nerovnoměrným rozdělením reprodukční zátěže mezi muži a ženami.

Dlouhodobé pracovní neschopnosti byly více spjaty se zdravotním stavem nežli krátkodobé pracovní neschopnosti, a to díky faktu, že se více vyskytují u starších zaměstnanců. Oproti tomu krátkodobá pracovní neschopnost je více ovlivněna konkurujícími nároky reprodukční práce, protože je ovlivněna pohlavím. Krátkodobé pracovní neschopnosti mohou být také spojeny se strategiemi zvládnutí situace a s dalšími faktory, jako jsou osobní zdroje.

Jiná studie, Hartmannova práce o využívání institutu pracovní neschopnosti z prostředí holandských farmářů (Hartmann 2005), zjistila, že vztah mezi diagnózou pracovní neschopnosti a trváním pracovní neschopnosti je ovlivněn věkem. Křivky trvání pracovní neschopnosti byly pro všechny diagnózy, vyjma mentálních poruch, vyšší u starších žadatelů o pracovní neschopnost. Také výskyt pracovní neschopnosti se zvyšuje s věkem. Jedním z důvodů je zvýšený výskyt nemocí pohybové a svalové soustavy. Délka pracovní neschopnosti závisí na diagnóze a také na věkové kategorii. Nejdelší doba léčení je u nemocí dýchací soustavy a u žadatelů v nejvyšší věkové kategorii (60+) (Hartmann et al, 2003, s. 466-467). Data ukázala, že starší žadatelé se obtížněji léčí z poruch a úrazů pohybové a svalové soustavy, a také z nemocí dýchací soustavy. Turner k tomu dodává

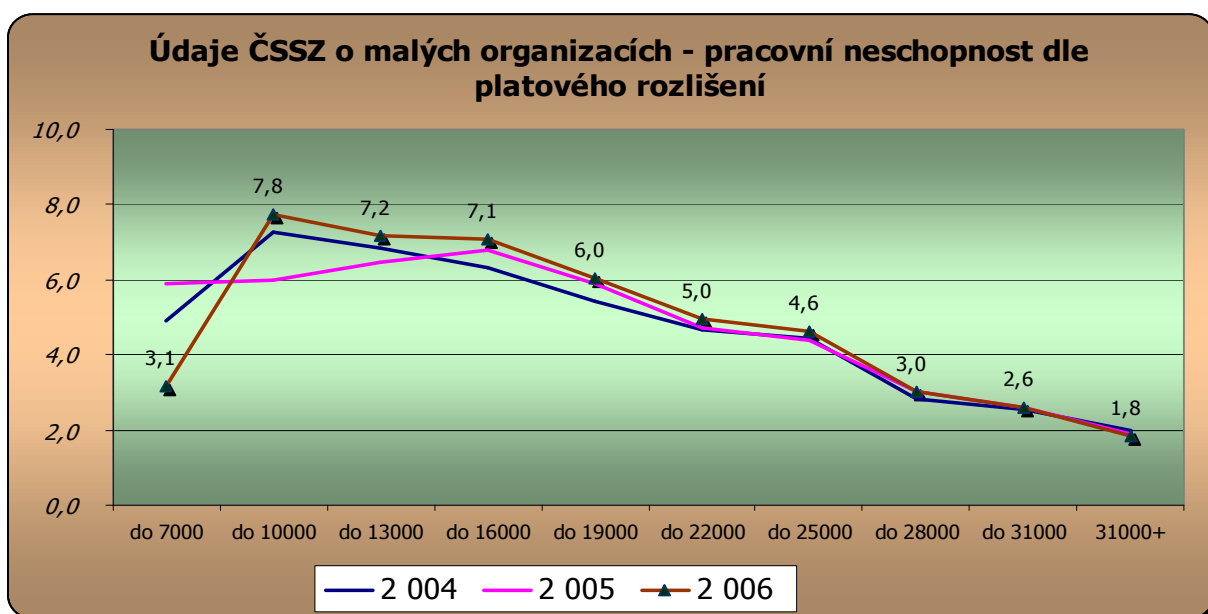
(citováno dle: Hartmann et al, 2003, s. 467, Turner 2000), že věk je známkou chronické nezpůsobilosti. Starší lidé přicházejí na to, že mají horší výdělky s ohledem na dobu vyléčení. De Zwart zase uvádí (1997), že kapacita fyzické práce klesá s rostoucím věkem. Nerovnováha mezi kapacitou fyzické práce a fyzickou zátěží vyúsťuje v dlouhodobých vlivech na zdraví, zejména v chronických nemocech svalové a pohybové soustavy. McIntosh zase tvrdí (2000), že pro starší zaměstnance může být biologicky náročnější vrátit se do práce v souvislosti s jejich menším úsilím o návrat. Zaměstnanci před důchodem totiž mohou mít málo stimulů pro urychlený návrat do práce.

5. Pracovní neschopnost dle výše platu

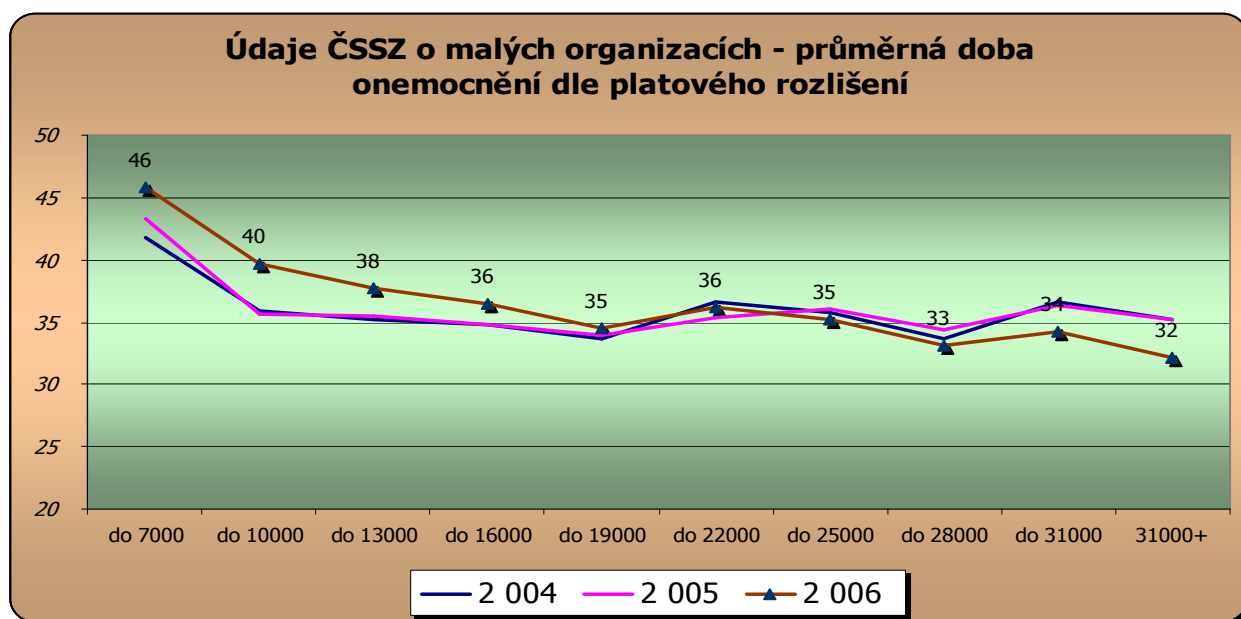
Zajímavým se také jeví porovnání využívání institutu pracovní neschopnosti dle platového rozlišení. Data, která máme k dispozici, jsou od České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ), ovšem jen od malých zaměstnavatelů s velikostí do 25 zaměstnanců. Díky tomuto reportování malých podniků existuje důkladnější přehled o pracovní neschopnosti dle platového rozlišení. Jak ukazují grafy, tendence je zde jednoznačná: se zvyšujícím se platem klesá pracovní neschopnost.

Je možno usuzovat, že pracujícím s lepšími platovými podmínkami se finančně nevyplatí být doma v pracovní neschopnosti. Náhrady nemocenského jsou pro ně nízké, raději svou situaci řeší náhradním volnem či vybíráním dovolené, kterou si také často nestíhají z důvodu pracovní zaneprázdněnosti vybrat. Dalším argumentem je také fakt, že lidé s většími příjmy pracují v kancelářích, v prostorech vyhřátých a teplých, kde existuje možnost pracovat nejen se zdravotní indispozicí, ale hlavně více eliminovat vlivy prostředí na zdraví. Lze říci, že manuálně pracující mají obtížnější podmínky k pracovnímu výkonu.

U průměrné délky na 1 pracovní neschopnost existuje stejná tendence, tedy s rostoucím platem se snižuje doba průměrné délky 1 pracovní neschopnosti, s výjimkou platů v rozmezí 19 000 – 22 000 Kč (v roce 2006).



Graf č. 10, Zdroj: ČSSZ, upraveno www.cssz.cz/informace_o_cssz.asp



Graf č. 11, Zdroj: ČSSZ, upraveno www.cssz.cz/informace_o_cssz.asp

Často se v zemích s koncepcí s dlouhodobým tržně-hospodářským systémem poukazuje na existenci třídních rozdílů v chápání zdraví. Příslušnost k vyšší či nižší socioekonomické vrstvě a způsob života, který v sobě nese více či méně zdravotních rizik a zpravidla charakterizuje určitou sociální skupinu, jsou považovány za nejčastější zdroj sociálních rozdílů ve zdraví. Nevýhodná geografická poloha a špatné životní prostředí přispívá ke kumulaci obyvatel s nižším socioekonomickým standardem, s nižším vzděláním, s vyšším výskytem sociálně patologických jevů, se zdravotně nevhodnými vzorci chování (Janečková 2002, s. 65). Uvádí se, že střední a vyšší třídy jsou zodpovědnější v udržování svého zdraví. Oprávněnost tohoto konstatování vychází z faktu, že u vyšších a středních tříd je patrná vyšší frekvence návštěv lékaře především preventivního charakteru oproti třídě chudých, kteří vyhledávají lékařskou pomoc pouze při nástupu příznaků onemocnění (Smelser 1988). Holandské, belgické i anglické studie poukazují na skutečnost, že existuje tendence vyšších socioekonomických skupin těžit více ze solidárních fondů a využívat více veřejných zdravotnických služeb. H. Deeck (1989) hovoří v této souvislosti o tzv. „Matoušově efektu“ (Matouš 13,12: Kdo má, tomu bude dáno a bude mít ještě více, ale kdo nemá, tomu bude odňato i to, co má.). Skupiny s nižším sociálním statusem, doprovázeným nižšími příjmy a nižším vzděláním navštěvují častěji praktické lékaře, ti jim však věnují kratší dobu, méně často je posílají na odborná vyšetření a méně často jim předepisují léky. Výše postavené skupiny směřují častěji přímo ke

specialistovi, častěji navštěvují zubního lékaře a intenzivně se zajímají o prevenci. Příslušníci nižších sociálních skupin jsou však podstatně více zastoupeni v lůžkové péči (v počtu přijetí i délce pobytu), jsou častěji operováni, protože trpí častěji závažnějšími zdravotními problémy (Janečková 2002, s. 70).

Redistribuce příjmu má stále potenciál pro snižování kojenecké úmrtnosti, která je jedním ze základních ukazatelů populačního zdraví. Ačkoli vztah mezi příjmem a kojeneckou úmrtností zeslábl v rozvinutých zemích, rodiny mající příjem menší či rovný 3.000 dolarů, mají větší míru kojenecké úmrtnosti. Studie z roku 1972 ukázala, že jak se příjmy rodin zvětšily na úroveň 5.000 až 7.000 dolarů, kojenecká úmrtnost se výrazně snížila a u rodin s příjmem nad tuto úroveň nebyl zaznamenán další pokles v číslech týkajících se kojenecké úmrtnosti (Etzioni 1977, s. 13, Fuchs 1974, NCHS 1972).

Siegrist a Betram (1970) vysvětlují rozdíly v odlišném přístupu k preventivní péči tím, že chudí občané jsou více orientováni na současnost, což znamená, že se principiálně potýkají hlavně s příznaky nemoci, zatímco movitější lidé se zaměřují na zachování svého zdraví do budoucnosti, a tak více využívají možnosti preventivní péče.

Údaje z dat ČSSZ o zaměstnancích malých organizací

rok 2004	ukončené případy	dny nemoci	Plátcí	průměrná PN	Případy na 100 poj	Průměrná délka 1 případu	
0	7 000	101 368	4 240 082	236 028	4,9	43	42
7 001	10 000	171 708	6 162 534	232 947	7,2	74	36
10 001	13 000	113 467	3 992 827	159 410	6,9	71	35
13 001	16 000	81 156	2 822 407	122 456	6,3	66	35
16 001	19 000	44 178	1 484 993	74 983	5,4	59	34
19 001	22 000	25 029	914 663	53 732	4,7	47	37
22 001	25 000	12 408	444 503	27 547	4,4	45	36
25 001	28 000	7 050	237 764	22 979	2,8	31	34
28 001	31 000	4 061	148 809	15 900	2,6	26	37
31 001		8 454	297 163	41 264	2,0	20	35
		20 745					
		568 879	745 987 246	5,8	58		36

rok 2005	ukončené případy	dny nemoci	Plátcí	průměrná á PN	Případy na 100 poj	Průměrná délka 1 případu	
0 7 000	85 015	3 682 265	171 666	5,9	50	43	
7 001	10 000	166 299	5 935 971	270 824	6,0	61	36
10 001	13 000	100 117	3 559 450	150 687	6,5	66	36
13 001	16 000	93 191	3 247 978	130 738	6,8	71	35
16 001	19 000	55 489	1 881 827	87 693	5,9	63	34
19 001	22 000	30 619	1 082 177	62 929	4,7	49	35
22 001	25 000	14 874	536 108	33 425	4,4	44	36
25 001	28 000	8 673	297 582	27 119	3,0	32	34
28 001	31 000	5 024	182 437	19 122	2,6	26	36
31 001	-	9 375	330 166	48 028	1,9	20	35
		20 735	1 002				
		568 676	959	230	5,7	57	36

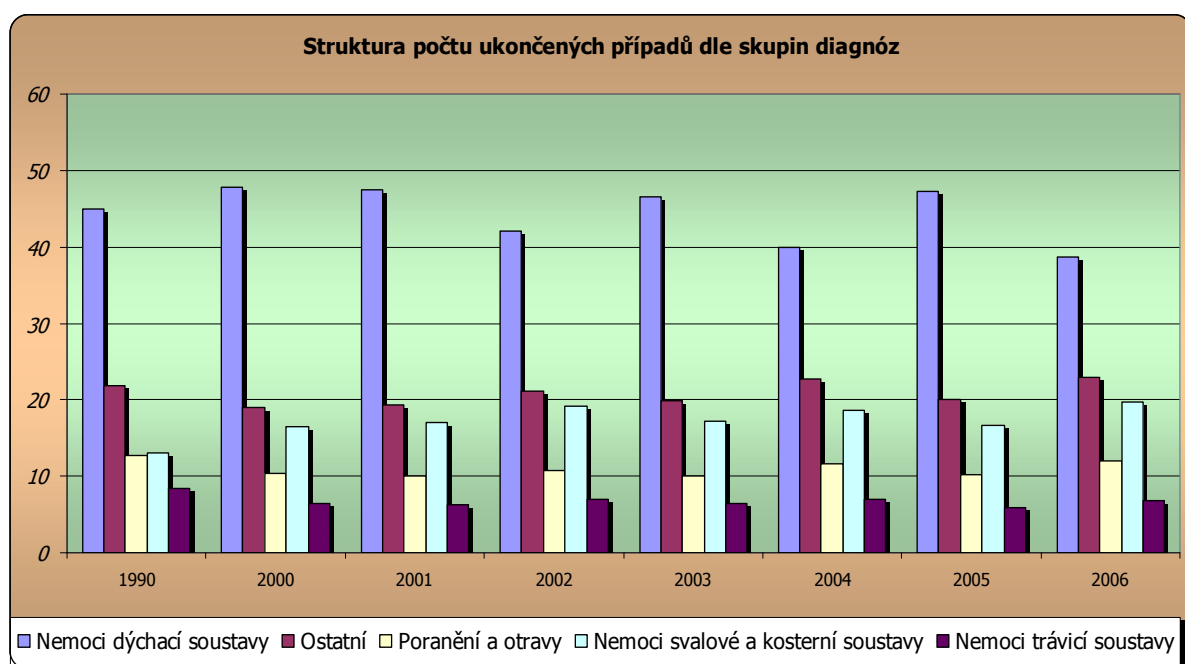
rok 2006	ukončené případy	dny nemoci	Plátcí	průměrná PN	Případy na 100 poj	Průměrná délka 1 případu	
0 7 000	40 993	1 876 169	163 263	3,1	25	46	
7 001	10 000	186 334	7 388 419	261 034	7,8	71	40
10 001	13 000	114 904	4 327 930	165 067	7,2	70	38
13 001	16 000	90 503	3 300 651	127 786	7,1	71	36
16 001	19 000	56 966	1 966 628	89 192	6,0	64	35
19 001	22 000	33 567	1 212 971	66 948	5,0	50	36
22 001	25 000	17 648	621 963	36 821	4,6	48	35
25 001	28 000	9 872	327 499	29 877	3,0	33	33
28 001	31 000	5 849	200 556	21 344	2,6	27	34
31 001		11 418	366 576	54 702	1,8	21	32
		21 589	1 016				
		568 054	360 033	5,8	56		38

Tab. č. 10, Zdroj: ČSSZ, upraveno www.cssz.cz/informace_o_cssz.asp

6. Pracovní neschopnost dle typu onemocnění

Vliv na využívání institutu pracovní neschopnosti má také typ onemocnění, kvůli kterému jsou zaměstnanci v pracovní neschopnosti. Dlouhodobě se nejvíce vyskytují v oblasti pracovní neschopnosti tyto druhy nemocí: nemoci dýchací soustavy, nemoci svalové a kosterní soustavy, poranění a otravy, nemoci trávicí soustavy (dle členění kapitoly Mezinárodní klasifikace nemocí V, 10.)

Z údajů ÚZIS o počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti dle skupin diagnóz je zřejmé, že nejvíce bylo hlášeno případů nemocí dýchací soustavy, tyto se blíží až k 50 %, jen v letech bez chřipkové epidemie klesly lehce pod 40 %. Druhé místo zabírají ostatní (v nichž jsou nejvýznamnější nemoci močové a pohlavní soustavy a nové druhy nemocí, stále častěji se také vyskytují dlouhodobé léčené případy nemocí s diagnózami, jako jsou infekční a parazitární nemoci, novotvary, duševní poruchy, etc...). Nemoci svalové a kosterní soustavy se drží na třetím místě (v dlouhodobém měřítku ovšem tyto nemoci rostou, v roce 1990 – 13,0 %, v roce 2006 už je to 19,7 %), za nimi pak poranění a otravy. Na pomyslném žebříčku nemocí pak zauímají páté místo nemoci trávicí soustavy.



Graf

č.

12,

Zdroj:

ÚZIS,

www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=pracovn%ED%20neschopnosti®ion=100&kind=1&mnu_id=5300

Tab. 11 Struktura počtu ukončených případů dle skupin diagnóz

	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nemoci dýchací soustavy	45	47,9	47,4	42,1	46,6	39,9	47,2	38,6
Ostatní	21,8	18,9	19,3	21,1	19,8	22,8	20	22,9
Poranění a otravy	12,8	10,3	10	10,7	10	11,7	10,2	12
Nemoci svalové a kosterní soustavy	13	16,5	17	19,1	17,2	18,7	16,6	19,7
Nemoci trávicí soustavy	8,4	6,4	6,3	7	6,4	6,9	6	6,8

Tab.

č.

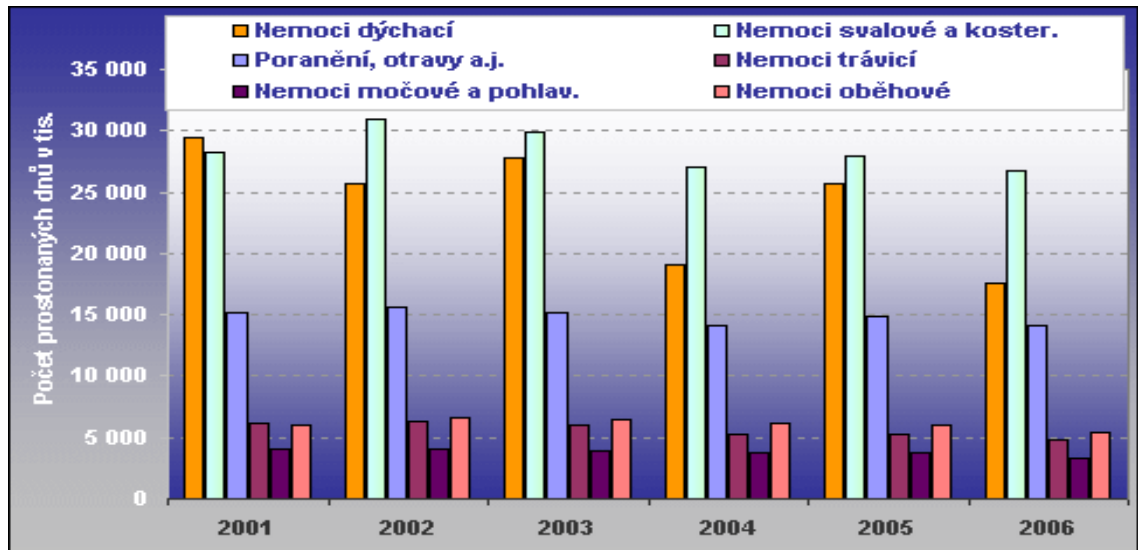
11,

Zdroj:

ÚZIS,

www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=pracovn%ED%20neschopnosti®ion=100&kind=1&mnu_id=5300

Nesporně zajímavou je pak analýza rozdělení diagnóz ve vztahu k počtu prostonaných dnů v pracovní neschopnosti. V tomto ohledu se jasně ukazuje, že na celkovém objemu dnů pracovních absencí z důvodu nemoci se největší měrou a dlouhodobě podílejí nemoci svalové a kosterní soustavy, tedy pohybového aparátu.

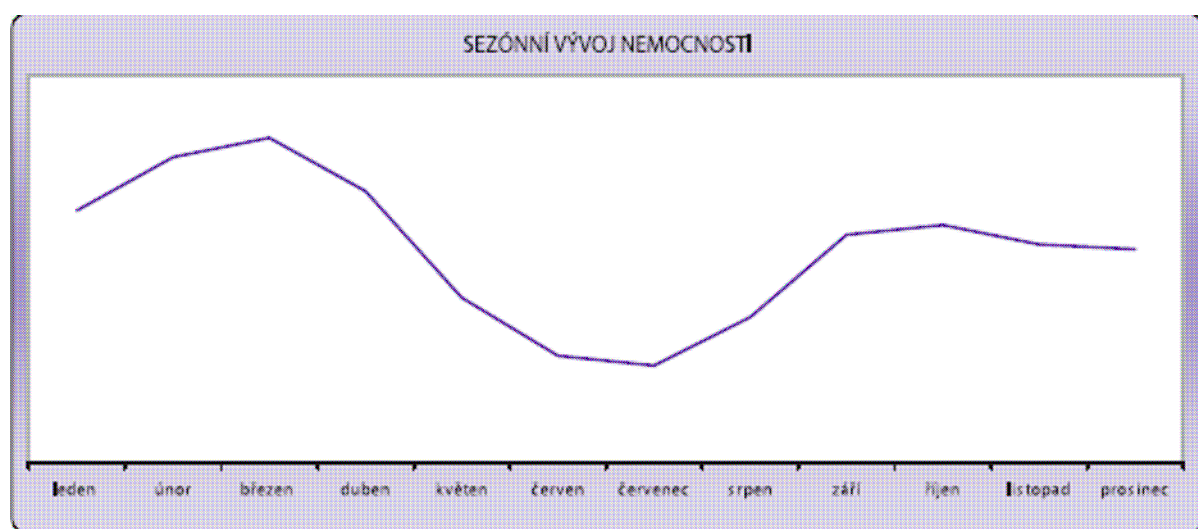


Graf č. 13, Použito z článku - A. Klesla - Pracovní neschopnost - faktor omezující produktivitu práce, www.demografie.info, 4.11.2007

7. Rozdělení pracovní neschopnosti po měsících a vliv chřipkové epidemie

Využívání institutu pracovní neschopnosti se značně liší v závislosti na ročních obdobích a jednotlivých měsících a má výrazný sezónní charakter. Ze studie Andrénové o krátkodobých pracovních neschopnostech ve Švédsku vyplývá, že míra pracovní neschopnosti je nejnižší v letních měsících, ale délka krátkodobých pracovních neschopností je v létě nejvyšší, cca o 19 % delší než v zimních měsících. Ti, jejichž pracovní absence začala v průběhu týdne (pondělí až pátek), se vrátili do práce dříve než ti, jejichž pracovní absence začala o víkendu. Měli přibližně o 17 % kratší trvání krátkodobé pracovní neschopnosti (Andrén 2005, s. 15).

Největší kulminace pracovní neschopnosti je v únoru a březnu (nejčastější nástup chřipkových epidemií a špatného počasí; data ukazují, že i v letech, kdy neproběhly chřipkové epidemie, je v těchto měsících největší četnost neschopenek). Nejnižší úroveň pracovní neschopnost dosahuje v létě (lidé si vybírají dovolenou). Na podzim tradičně pracovní neschopnost stoupá, vlašťovkou je v tomto období září, zaměstnanci si prodlužují dovolené, opětovný návrat horšího počasí a nepřipravenosti na toto počasí, v neposlední řadě je to i návrat dětí do škol. V prosinci pracovní neschopnost klesá, důvody jsou jednoduché, nikomu se nechce být nemocný na vánoční svátky. Ze zkušenosti vím, že v prosinci roste pracovní neschopnost v podnicích, kde se neuděluje či není možné dostat přes vánoční svátky volno.

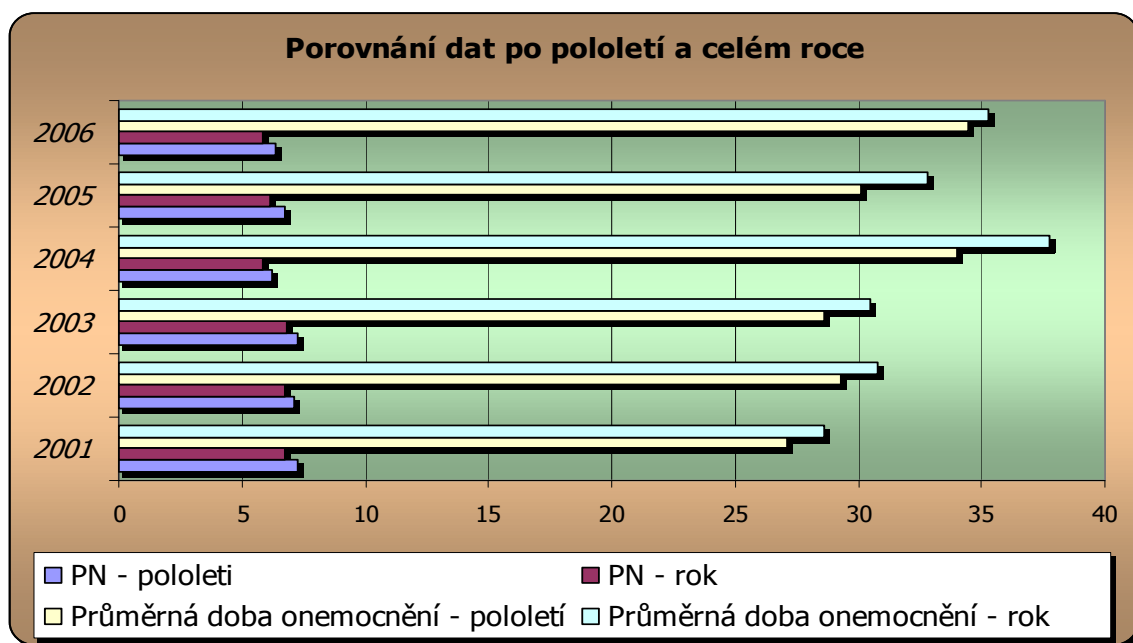


Graf č. 14, Zdroj: ABL (www.abl.cz), vlastní výpočty

Vliv chřipkové epidemie na pracovní neschopnost je veliký. S železnou pravidelností (v posledních letech) chřipková epidemie uhoří na jaře a nejvíce dotčenými měsíci jsou březen a duben. Zde je na místě také říci, že v posledních třech letech nepřišla do ČR významnější vlna chřipkové epidemie.

Na příkladech dat z pololetí a z celého roku si můžeme ukázat, jaký je rozdíl v datech o nemocnosti v případech, kdy chřipková epidemie chybí (roky 2004 a 2006), či zase naopak postihla Českou republiku (roky 2003 a 2005). Ukazatelů je více; např. v pololetí let 2004 a 2006 je výrazně nižší počet nově nahlášených případů pracovní neschopnosti, v obou letech je to cca 1,4 milionu, ale v pololetí roku 2005 je to téměř 1,87 milionu. Dalším dokladem je ukazatel průměrné doby onemocnění, kdy je doba onemocnění za pololetí (tedy za polovinu časového období) výrazně menší než v letech, kdy chřipková epidemie neproběhla (2004, 2006). Lidé nemocní kvůli chřipkové epidemii jsou totiž nemocní kratší dobu a zároveň je vyšší četnost nemocí do pololetí, což v konečné fázi zmenšuje průměrnou hodnotu průměrné doby onemocnění.

Nejvíce je to poznat na ukazateli počtu nově hlášených případů na 100 pojištěnců, v letech 2004 – 33,34, 2006 – 33,31, zatímco v letech 2003 – 46,19, 2005 – 40,34.



Graf

č.

15,

Zdroj:

ČSÚ,

upraveno

z

www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/archiv_publicaci

Ukazatele pracovní neschopnosti za celý rok, 2001 – 2006

ROK	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Počet kalendářních dnů PN	110431135	110410839	110306289	94083080	99346161	95428077
Počet nově nahlášených případů PN	3863031	3589680	3621995	2705662	3029448	2706725
Průměrný počet nemocensky pojištěných	4483455	4466699	4435434	4389251	4442703	4497033
Počet nově hl. případů na 100 pojištěnců	86,16	80,37	81,66	61,64	68,19	60,19
Počet kalendářních dnů PN na 1 nově hlášený případ	28,59	30,76	30,45	37,77	32,79	35,26
Průměrné procento pracovní neschopnosti (PN)	6,748	6,772	6,814	5,857	6,126	5,814

Tab. č. 12, Zdroj: ČSÚ, upraveno z www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/archiv_publickaci

Ukazatele pracovní neschopnosti za pololetí, 2001 – 2006

POLOLETÍ	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Počet kalendářních dnů PN	57909249	56481480	58022493	49299251	53270294	50712836
Počet nově nahlášených případů PN	2137469	1930313	2027573	1449006	1768758	1472728
Průměrný počet nemocensky pojištěných	4423954	4400223	4389949	434575	4384982	4421899
Počet nově hl. případů na 100 pojištěnců	48,32	43,87	46,19	33,34	40,34	33,31
Počet kalendářních dnů PN na 1 nově hlášený případ	27,09	29,26	28,62	34,02	30,12	34,43
Průměrné procento pracovní neschopnosti (PN)	7,232	7,092	7,302	6,233	6,712	6,336

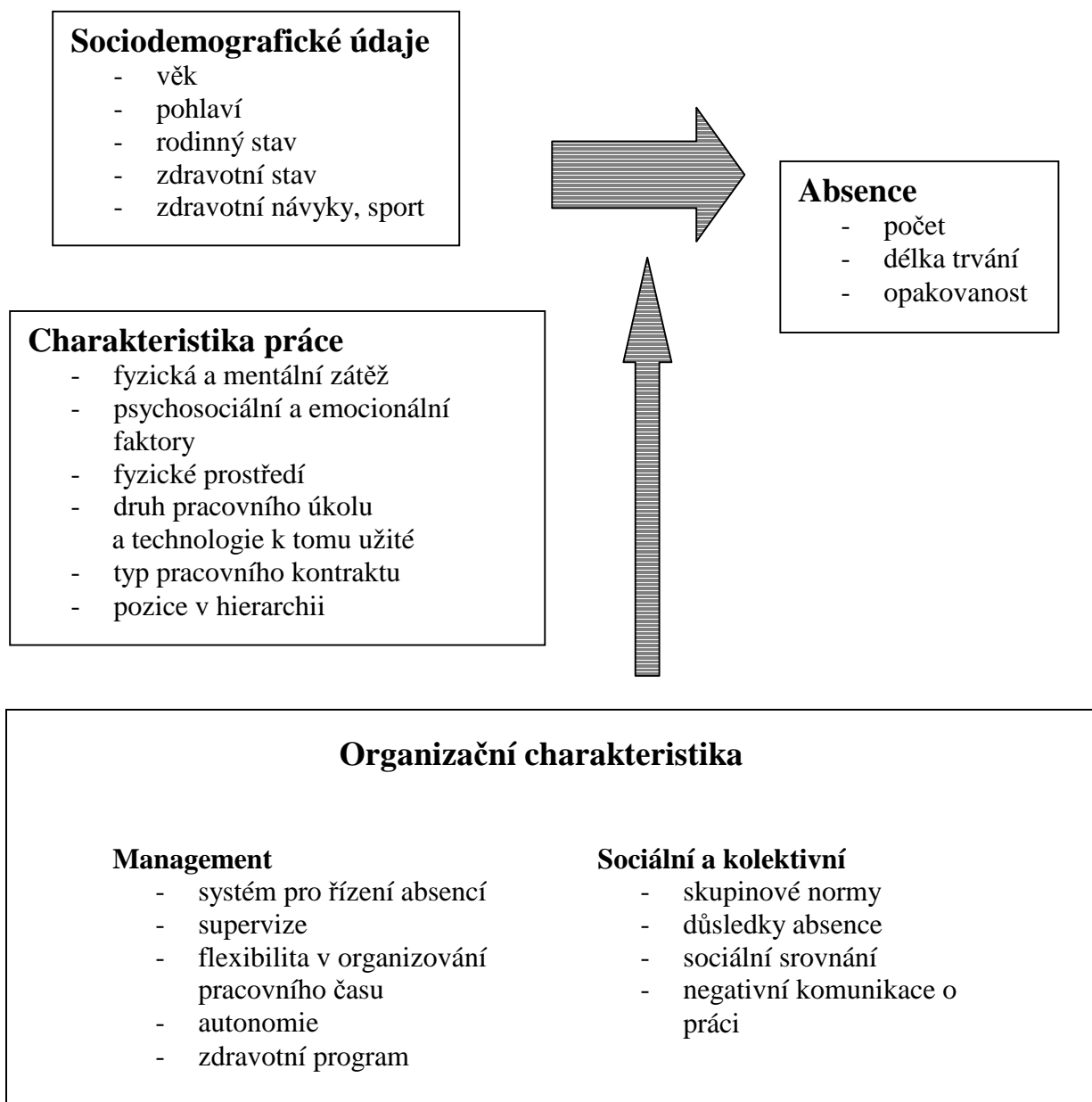
Tab. č. 13, Zdroj: ČSÚ, upraveno z www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/archiv_publickaci

V souvislosti s chřipkou je třeba upozornit na statistiky očkování. V České republice se chřipka jednoznačně podceňuje, v současnosti se proti této nebezpečné chorobě nechá ročně očkovat jen sedm procent lidí. Zatímco Češi chřipku podceňují, ve vyspělých zemích se proti ní nechává očkovat až čtvrtina obyvatel, ve Spojených státech dokonce třetina. Vakcína, která stojí od 160 do 300 korun, začíná působit během čtrnácti dnů a má až devadesátiprocentní účinnost, jak ujišťují hygienici. Alarmující je ovšem i jiná statistika Výzkumného ústavu sociálních služeb. Každá chřipková epidemie přijde českou ekonomiku na dvanáct miliard korun – ať už na vyplácení nemocenské, či kvůli poklesu výroby (MF Dnes 21.11.2008 Epidemie chřipky se blíží).

8. Zneužívání institutu pracovní neschopnosti

Využití institutu pracovní neschopnosti znamená nepřítomnost zaměstnance v práci, v čase, kdy je očekáván na pracovišti. Jsou různé důvody, proč se člověk nedostaví do práce, kupříkladu nemoc, mimořádné okolnosti v rodině, či jen chuť mít den bez práce. Čili ne všechna pracovní neschopnost je z důvodu aktuální nemocnosti. Je odhadováno (Camp & Lambert 2005, s. 4), že přibližně 36 % až 50 % pracovních absencí je způsobeno nemocí a jinými nevyhnutelnými okolnostmi, například rodinným onemocněním či dopravními problémy. To znamená, že ostatní absence jsou způsobeny vyhnutelnými (nikoliv nezbytnými) důvody, například mít den volna, účast na společenské události, chuť si přispat, a podobně. Ve výzkumu mezi americkými pracujícími publikovaném v roce 1999 se 42 % zaměstnanců ze zámožných domácností, 41 % vysokoškolsky vzdělaných pracovníků a 43 % pracovníků do 24 let přiznalo, že předstíralo nemoc za účelem vyhnutí se práci. Hlavním důvodem byla chuť mít den volna, následovaná potřebou mít duševní zdravotní den (Camp & Lambert 2005, s. 4). V jiném výzkumu prováděném serverem CareerBuilder.com ve Spojených státech z roku 2006 na vzorku 1650 pracovníků a 1150 manažerů, kteří mají na starost přijímání zaměstnanců, se ukázalo, že více než třetina pracovníků byla v pracovní neschopnosti z falešných důvodů (tedy ne z důvodu nemoci). Každý desátý pracovník se pak přiznal k tomu, že tak udělal třikrát a více častěji. Nejvíce oblíbeným motivátorem pro nedostavení se do práce byla potřeba relaxovat – 48 %, u 24 % pracovníků-respondentů bylo důvodem pro nedostavení se do práce zaspání, 20 % zmínilo jako důvod zařízení si osobních záležitostí. Dalšími důvody byly: schůzka s lékařem (17 %), plány s rodinou a přáteli (16 %) a domácí práce (16 %). Každý čtvrtý pracovník dále říká, že považuje dny v pracovní neschopnosti srovnatelné s dovolenou, a zachází tedy s nimi tak. 45 % manažerů zodpovědných za zaměstnance přistihlo zaměstnance při podvádění v případě pracovní neschopnosti. 27 % těchto manažerů uvedlo, že vyhodili zaměstnance z důvodu podvádění při pracovní neschopnosti (hr.blr.com 2006). V dalším online výzkumu na vzorku 1077 respondentů, dospělých jedinců zaměstnaných na plný pracovní úvazek, provedeném v roce 2007 ve Spojených státech firmou Harris Interactive, se 39 % respondentů přiznalo k tomu, že v roce 2006 se v průběhu léta z důvodu užití si „volného dne“ podvodně nechali uznat v pracovní neschopnosti. Nejvíce oblíbenými dny pro vybrání si toho „volného dne“ jsou dle tohoto výzkumu pondělí a pátek. Nejčastějšími důvody pro toto chování byly: 1) potřeba duševně zdravotního dne, 2) krásné počasí a chuť si užít toto počasí, 2) přílišná náročnost

pracovní zátěže (hr.blr.com 2007). Tato fakta ukazují na značný podíl pracovní neschopnosti způsobený faktem, že si osoba sama zvolí být pracovně neschopnou. Andrén k tomu přidává tvrzení, že jedinci určují svou pracovní zátěž každodenními rozhodnutími, pomocí kterých se rozhodují o dostavení či nedostavení se do práce, a to pod podmínkou očekávané nejvyšší užitečnosti toho či jiného rozhodnutí (Andrén 2005, s. 4)



Obr. č. 2: Teoretický model faktorů podílejících se na vytvoření absence, Edgerton 2000

Z výše zmíněných důvodů je nutné rozlišovat mezi využitím institutu pracovní neschopnosti z důvodu aktuální poruchy zdraví (nemoci) a z důvodu absentérství („ulejvání se z práce“). V zahraniční literatuře je pojem absentérství synonymem pro pracovní neschopnost jako celek,

tedy zahrnují do pojmu absentérství jak nemoc, tak i „ulejvání se z práce“. Slovo absentérství v českém jazyce má ale negativní konotaci, je tedy problematické do tohoto pojmu zahrnout nemoc. Rozhodl jsem se proto rozlišit využití institutu pracovní neschopnosti na dva následující důvody: z důvodu nemoci (tedy aktuální poruchy zdraví) a z důvodu absentérství.

Ve studii z roku 2001 mezi pracovníky federálních nápravných zařízení v USA Lambert zhodnotil faktory spojené s pracovní neschopností. Spokojenost s prací, organizační závazek, pracovní stres, pracovní přetíženost, pohlaví, věk, majetek, postavení v rámci organizace a vzdělání jsou spojeny s užitím pracovní neschopnosti. Například v nápravném zařízení Auburn ve státě New York bylo absentérství způsobeno nespokojeností s prací. V jiném nápravném zařízení zase změna pracovních směn, respektive prodloužení směn z osmihodinových na dvanáctihodinové, způsobila nárůst absentérství.

Absentérství je obecně spíše výsledkem situačních a dispozičních faktorů vyplývajících ze souvislostí než vrozeným znakem. Organizace může také donutit či dotlačit zaměstnance k absenci. Pracovní prostředí ovlivňuje absentérství speciálně tím, že může produkovat různé úrovně spokojenosti s prací a s organizačním závazkem. Absentérství může být symbolem hlubších pocitů nepřátelství či pocitem nespravedlivého zacházení v pracovní situaci. Absentérství také může být symbolem špatného pracovního prostředí, malého platu a dalších atributů, se kterými mohou být zaměstnanci nespokojeni. Také organizační závazek (mám na mysli cíle organizace a přenesení těchto cílů na zaměstnance) je teoreticky nepřímě svázán s absentérstvím. Zaměstnanec, který absentuje v práci, může vědomě či nevědomě vyjadřovat negativní postoj k organizaci a organizačnímu závazku.

S pojmem absentérství je také spojen pojem prezentérství. Výzkum mezi klienty společnosti ComPsych ve Spojených státech provedený na vzorku 1000 respondentů v roce 2005 ukázal, že více než 75 procent zaměstnanců chodí do práce, i když jsou nemocní. Tito zaměstnanci tvrdí, že mají příliš mnoho práce, než by se nahlásili do pracovní neschopnosti. 34 % respondentů říká, že pracovní zátěž jim nedovoluje stát se pracovní neschopným, 26 % cítí, že je příliš riskantní být v pracovní neschopnosti v současném pracovním prostředí, 17 % si šetří dny v pracovní neschopnosti na potřeby svých dětí a 23 % respondentů staví své zdraví na první místo (hr.blr.com 2005).

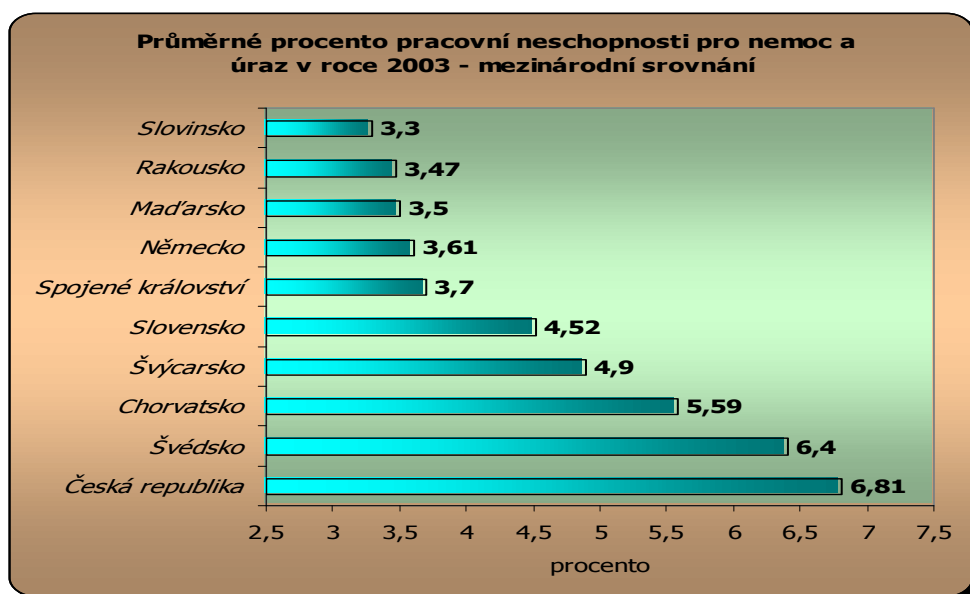
Stav prezentérství (presenteeism) je v situaci, kdy zaměstnanec či zaměstnankyně jsou nemocní, a přesto nejsou v pracovní neschopnosti a stále docházejí do práce. Je tedy opakem absentérství. Prezentérství není pozitivním stavem. Mohou z něj vyplývat problémy jak pro zaměstnance, tak pro zaměstnavatele. Zaměstnanci, kteří se dostaví nemocní na své pracoviště, ohrožují spolupracovníky nakažením, prodlužují si dobu vyléčení z nemoci a

snižují svou produktivitu v práci. Zaměstnanci, kteří jsou také rodiči a jejichž děti jsou nemocné, jdou do práce kvůli obavě buď ze ztráty zaměstnání, či výpadku výdělku. Jejich nemocným dětem pak trvá déle, než se vyléčí z nemoci či úrazu, a to kvůli nedostatečné péči. Stejně tak využití zdrojů zdravotní péče stoupá tím, kolik nemocný zaměstnanec nakazí svých spolupracovníků na pracovišti (Lovell 2004). Nemocní zaměstnanci, kteří zůstanou doma, neinfikují své spolupracovníky či zákazníky. Snižuje se tím také absentérství ostatních a zvyšuje se pracovní produktivita. Nemocní zaměstnanci se také rychleji uzdraví, pokud zůstanou doma. V případě nemocných dětí a jejich zaměstnaných rodičů platí totéž: když rodiče s dětmi zůstanou doma, děti se rychleji vyléčí a nezameškají tolik školních dnů. Stejně tak se užije méně zdrojů zdravotní péče.

9. Pracovní neschopnost dle mezinárodního srovnání

Problematika využívání institutu pracovní neschopnosti a potažmo absentérství se stává jedním z důležitých témat v industrializovaných společnostech. V mnoha zemích se vede diskuze na téma, jak snížit pracovní neschopnost (Osterkamp & Rohn 2007). V Evropě se pracovní neschopnost stává stále více rozebíraným tématem v odborných diskuzích (Gimeno 2004). Se zdravotně způsobenou pracovní neschopností jsou spojeny také velké náklady. Kupříkladu jen ve Velké Británii v roce 1997 způsobila pracovní neschopnost ztrátu více než 180 milionů pracovních dnů (Feeney 1998). Jak se problematika pracovní neschopnosti stává podstatnější také v politických otázkách, tak přibývá studií zabývajících se tímto jevem. Většina těchto studií je vytvářena ekonomy, ale do tématu jsou postupně zapojováni i sociologové a psychologové, což dokazují svým systematickým přehledem studií o pracovní neschopnosti Osterkamp a Rohn ve své studii o mezinárodním srovnání využívání institutu pracovní neschopnosti. (Osterkamp & Rohn 2007, s. 2)

V roce 2004 zveřejnil ČSÚ srovnávací údaje o průměrném procentu pracovní neschopnosti v roce 2003 ve vybraných evropských zemích, z něhož jasně vyplývá, že Česká republika se pohybuje v mezinárodním porovnání na vrcholu ve využívání institutu pracovní neschopnosti.



Graf č. 16, Zdroj: ČSÚ, www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/archiv_publikaci

Česká republika dokonce v údajích z roku 2003 předstihla Švédsko, jež je dlouhodobě na vrcholu žebříčku využívání institutu pracovní neschopnosti. Také ve Švédsku proběhly v

minulosti změny upravující využívání institutu pracovní neschopnosti, a to z důvodu rychlého nárůstu pracovních absencí a potažmo většího využívání institutu pracovní neschopnosti a s tím také spojeného nárůstu finančních kompenzací ze strany národního pojišťovacího systému. Ekonomická zátěž z krátkodobých pracovních neschopností byla převedena ze státu a veřejného pojišťovacího systému na zaměstnavatele. Zatímco všechny zdravotní ukazatele ukazují, že Švédové se stávají zdravějšími, tak ukazatele využívání pracovní neschopnosti jsou opačné, tedy dochází k většímu využívání pracovní neschopnosti a k prodlužování délky trvání pracovní neschopnosti. Celkové číslo dní strávených v pracovní neschopnosti se zdvojnásobilo mezi léty 1996 a 2002. V roce 2002 toto číslo bylo 1,5 krát vyšší než v roce 1992.

Studie Andrénové z roku 2005, která se zabývá institutem pracovní neschopnosti a jeho využíváním ve Švédsku mezi roky 1986 – 1991, zkoumala možné faktory, které ovlivňují užívání krátkodobé pracovní neschopnosti, a to z důvodu dvou důležitých změn v systému sociálního pojištění ve Švédsku implementovaných v letech 1987 a 1991. Výsledkem je mimo jiné rozpoznání pravidel, která ovlivňují začátky a konce pracovní neschopnosti. Reforma v roce 1991, která snížila výši náhrady vypláceného „nemocenského“, měla větší efekt na snížení délky trvání krátkodobé trvalé neschopnosti než reforma v roce 1987, která omezila výplatu „nemocenské“ jen na pracovní dny (tedy ne na kalendářní dny). (Andrén 2005, s. 1)

Ekonomické výsledky ukazují, že v případě velkorysých a štědrých benefitů, například vysoká míra kompenzací oproti jiným obdobím, se zvětšuje počet dní v pracovní neschopnosti. Když míra kompenzace klesne, klesá také počet dní v pracovní neschopnosti (Andrén 2005, s. 4).

K podobnému závěru došli i statistici ČSÚ ve své analýze pracovní neschopnosti z roku 2004. Významným faktorem ovlivňujícím úroveň nemocnosti byl podle nich zejména vztah mezi příspěvky pojištěnce do systému nemocenského pojištění a dávkami, které v případě pracovní neschopnosti ze systému získal, tj. úroveň solidarity (přerozdělování). (Analýza pracovní neschopnosti ČSÚ 2004)

Tento závěr potvrzuje i mezinárodní srovnávací studie, kterou provedli Osterkamp a Rohn. Zaměřili se na počet dní strávených v pracovní neschopnosti v letech 1996 – 2002 přepočtených na zaměstnance a rok. Pokusili se také o částečné zdůvodnění rozdílů v míře využívání institutu pracovní neschopnosti mezi jednotlivými zeměmi. Vytvořili index štědrosti, kterým se pokusili osvětlit tyto rozdíly. I když tento index celkově nevysvětluje rozdíly ve využívání institutu pracovní neschopnosti mezi jednotlivými zeměmi, je přesto

zajímavým pokusem o detailnější pochopení problematiky užívání institutu pracovní neschopnosti.

Celkový počet dní strávených v pracovní neschopnosti se velmi liší v industrializovaných zemích (Osterkamp & Rohn 2007, s. 1-18). Například ve Spojených státech je to 5 dní, ve Švédsku 20 a v Polsku 26 dní za rok a na jednoho zaměstnance. Možné příčiny těchto odlišností zatím nebyly systematicky analyzovány. Ale byly zvažovány dvě skupiny faktorů: 1) objektivní příčiny (například obecná zdravotní situace, zaměstnanost žen a starších lidí) a 2) behaviorální reakce (reakce chování) v závislosti na makroekonomických podmínkách (například nezaměstnanost či možnost pracovat mimo oficiální pracovní trh) a design institucí, jako jsou kupříkladu štedrost v poskytování pracovní neschopnosti nebo stupeň zaměstnanecké ochrany.

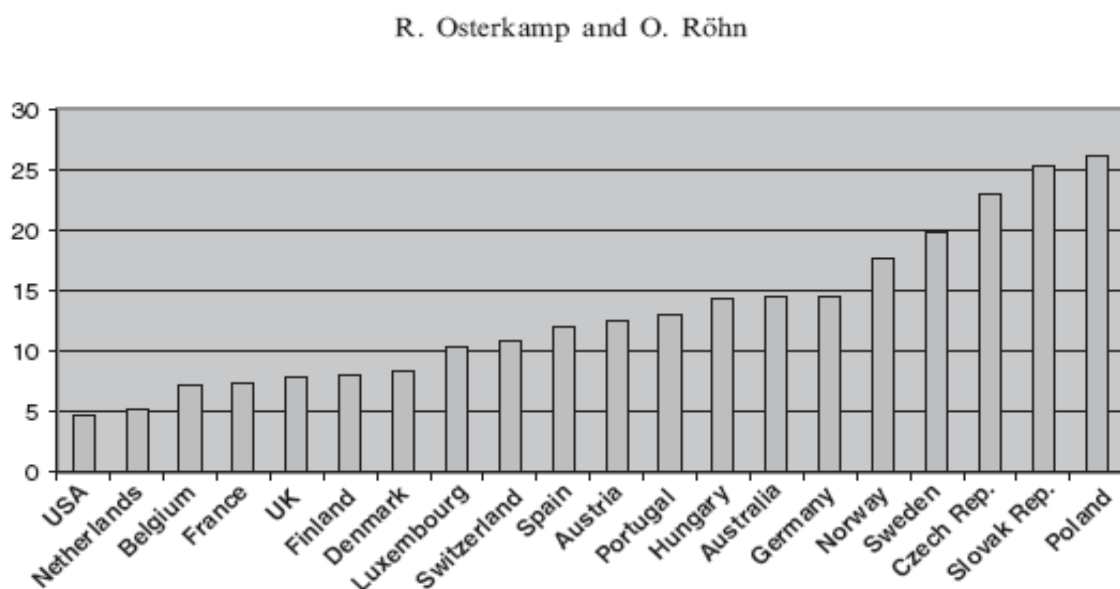


Figure 1 Sick-leave days per year and per employee, 1996–2002
Source: OECD Health Data, 2005

Obr. č. 3, Mezinárodní porovnání dnů strávených v pracovní neschopnosti v přepočtu na jednoho pracovníka

Rozdíl mezi zemí s nejnižším počtem dní v pracovní neschopnosti (USA) a zemí s nejvyšším počtem (Polsko) je více než pětinašobný. Je také pozoruhodné, že transformující se země východní Evropy (Polsko, Česko, Slovensko, Maďarsko) patří mezi země s nejvyšším počtem dnů strávených v pracovní neschopnosti. Objektivní příčiny, jakými jsou kupříkladu obecné zdravotní podmínky populace, mohou být činitelem k vysvětlení různých úrovní pracovní

neschopnosti napříč zeměmi. Ale je velmi pravděpodobné, že ve zdravotních podmínkách v industrializovaných zemích nejsou takové rozdíly, aby vysvětlily tak velké rozdíly v pracovní neschopnosti.

Důležité je tedy zkoumat behaviorální reakce. Pracovní neschopnost (ale také nezaměstnanost) lze vnímat jako výsledek vědomého rozhodnutí pracovníka či pracovnice. Monitoring výkonu pracovníka je nákladný a potažmo často nedostatečný. To umožňuje zaměstnancům vyhýbat se práci. Obvyklým předpokladem je, že stupeň vyhýbání se práci závisí na nákladech, jimž čelí zaměstnanec. Možnosti nákladů pro zapojení se do institutu pracovní neschopnosti jsou zde vyjádřeny v sedmi faktorech, které charakterizují regulační prostředí, v němž dělá zaměstnanec své rozhodnutí o pracovní absenci.¹ 1) Existuje čekací doba (a kolik dní trvá - v ČR karenční doba), po které se začne platit pracovní neschopnost? 2) Existuje možnost samouznaní se nemocným (na kolik dní)? 3) Kým je vydávána oficiální listina o pracovní neschopnosti – pacientovým vlastním lékařem nebo nezávisle vyšetřujícím lékařem, který pracuje pro zaměstnavatele či pojišťovnu? 4) V případě absence kvůli pracovní neschopnosti, jak dlouho zaměstnavatel vyplácí náhrady a je zde nějaké snížení (2 faktory)? 5) V případě absence kvůli pracovní neschopnosti, jak dlouho vyplácí stát či fond nemocenského pojištění náhrady a je zde nějaké snížení (2 faktory)?

¹ Možnost porovnání systémů řešení pracovní neschopnosti v evropských zemích umožňuje MISSOC (Mutual information system on social protection), součást sociální ochrany v Evropské unii (Social protection in the EU). Při bližším zkoumání systémů a zákonných úprav se dá vyzkoumat velká různorodost těchto systémů. V jednoduchosti řečeno, neexistuje stejná úprava systému ve dvou a více evropských zemích. Základní principy (jedná se např. o placení nemocenského zaměstnavatelem) jsou často stejné či podobné. Liší se ovšem ve svých dalších částech, kupříkladu jakou procentuální část platu pobírá pracovní neschopný, po jak dlouhé době je uznán nemocným, etc... Dá se říci, že v těchto jednotlivých úpravách se už jedná o specifikace národních zájmů a potřeby řešit specifické místní problémy.

Tyto faktory jsou zhuštěny do jediného měřítka možných nákladů, který Osterkamp a Rohn (Osterkamp & Rohn 2007, s. 5) nazvali měřítkem štědrosti poskytnutí pracovní neschopnosti (*generosity of granting sick leave*). První tři faktory jsou přímo spojené s měřítkem štědrosti. Dlouhá čekací doba snižuje štědrost systému, větší počet samouznaných dnů naopak zvyšuje štědrost systému. Vystavení oficiálního dokladu o pracovní neschopnosti (v ČR pracovní neschopenka) lékařem, jehož si vybere pacient, zvyšuje štědrost systému, naopak vystavení tohoto dokladu lékařem, jehož vybral zaměstnavatel či stát nebo zdravotní pojišťovna, snižuje štědrost systému. Druhý a třetí faktor se zabývají v podstatě externími důkazy pracovní neschopnosti. Stejně tak přímo spojená se štědrostí systému je výše (procento) náhrad, ať už vyplácená zaměstnavatelem, či státem nebo pojišťovnou. Čím vyšší je výše náhrady, tím vyšší je štědrost systému.

Tento faktor Osterkamp s Rohnem zdůrazňují, čím déle zaměstnavatel platí náhrady a čím později tyto náhrady přebírá stát či pojišťovna, tím nižší je úroveň štědrosti systému. Důvodem je, že vztah mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem je mnohem bližší a více osobní než vztah mezi pojišťovnou či státem a zaměstnancem. Stát či pojišťovna nebo fond nemocenských náhrad totiž nevlastní peníze, jež jsou vypláceny, a tolik jim nezáleží na množství vyplacených peněz jako zaměstnavateli, který užívá své vlastní peníze pro vyplacení náhrad za pracovní neschopnost. Zaměstnavatel má také lepší instrumenty a více stimulů vůči zaměstnanci.

Celkový index štědrosti systému je suma sedmi indikátorů. Hodnoty indexu jsou na stupnici 1 – 7, kde hodnota 7 znamená nejvyšší úroveň štědrosti. Informace a data, na základě kterých Osterkamp a Rohn svůj výzkum provedli, jsou z databáze *Social Security throughout the World* (2004) a databáze *Reformmonitor* (2004) Bertelsmannovy nadace z Německa z období let 1996 – 2002 (Osterkamp & Rohn 2007, s. 6).

Table 1 Generosity index	
Country	Generosity Index (0/7 Scale)
Australia	4.10
Austria	5.46
Belgium	4.38
Canada	3.52
Czech Republic	5.15
Denmark	5.40
Finland	2.60
France	5.24
Germany	6.11
Hungary	4.75
Netherlands	3.40
Norway	6.43
Poland	4.58
Portugal	4.75
Slovak Republic	5.00
Spain	4.75
Sweden	6.73
Switzerland	5.09
UK	3.87
USA	2.70

Obr. č. 4, Index štědrosti

Osterkamp a Rohn (Osterkamp & Rohn 2007, s. 9) našli přímý a jednoznačný vliv indexu štědrosti na počet dní v pracovní neschopnosti. Koeficient indikuje, že zvýšení indexu štědrosti jedním směrem, například zvýšení úrovně štědrosti Švýcarska na úroveň štědrosti Německa, by také zvýšil počet dní v pracovní neschopnosti na zaměstnance a rok o zhruba dva dny. Našli také přímý vliv přísnosti v zaměstnanecké ochraně a rozdílů v HDP na hlavu na počtu dní v pracovní neschopnosti. Tento výsledek podporuje hypotézu, že rozdíly v příjmu mohou být interpretovány jako možnosti nákladů. Speciálně v transformujících se zemích je rozdíl v příjmech důležitou proměnnou podílející se na počtu dní v pracovní neschopnosti. Oproti výsledkům některých studií nenašli Osterkamp a Rohn jednoznačný vliv míry nezaměstnanosti či zaměstnanosti žen na úroveň pracovní neschopnosti.

10. Pracovní neschopnost a nezaměstnanost

Jak se píše v závěru kapitoly o mezinárodním srovnání, nenašli v mezinárodním porovnání institutu pracovní neschopnosti Osterkamp a Rohn jednoznačný vliv míry nezaměstnanosti na úroveň pracovní neschopnosti. Dřívější závěry analýz týkajících se pracovní neschopnosti totiž nejvíce zdůrazňovaly souvislost mezi nezaměstnaností a využíváním institutu pracovní neschopnosti. Nezaměstnanost jako vysvětlující faktor pracovní neschopnosti také použili statistici z ČSÚ: „Významný vliv na odchylky v úrovni pracovní neschopnosti mají zřejmě i takové jevy, jakými jsou nezaměstnanost, či častý vznik a zánik podniků.“ (Analýza pracovní neschopnosti ČSÚ 2004) Dalším příkladem spojování nezaměstnanosti a pracovní neschopnosti je Janečková: „Vyšší nemocnost je spojena s rizikem dlouhodobé nezaměstnanosti a tím i snížením příjmů.“ (Janečková 2002, s. 66)

Ve zmiňované analýze ČSÚ (2004) je souvislost mezi nezaměstnaností a pracovní neschopností nalezena metodou extrémních případů. Byly vybrány okresy s nejnižší a nejvyšší mírou nezaměstnanosti v roce 2003 a stejně tak okresy s nejnižší a nejvyšší mírou pracovní neschopnosti. Souvislost mezi těmito dvěma jevy je pak nalezena kvůli tomu, že mezi deseti okresy s nejvyšší pracovní neschopností se nacházejí v roce 2003 tři až čtyři patřící současně mezi skupinu deseti okresů s nejvyšší nezaměstnaností. Podobně tomu je naopak u okresů s nejnižší úrovní pracovní neschopnosti a nezaměstnanosti. Tato analýza a závěry z ní se zdají být nedostatečné i vzhledem k tomu, že se zahraniční studie shodují na tom, že nezaměstnanost nemá signifikantní vliv na využívání institutu pracovní neschopnosti. Díky ČSÚ jsou k dispozici data o míře nezaměstnanosti a míře využívání institutu pracovní neschopnosti ze všech okresů České republiky za léta 2003 a 2006. Data za dva různé roky jsem vybral z důvodu porovnání v čase a pro zjišťování, zda neexistuje trend ve vzájemné závislosti dvou zmíněných jevů. Použil jsem jednoduchý korelační koeficient, Pearsonův koeficient korelace. Hledá statistickou vazbu (asociaci) mezi dvěma či více znaky ve statistickém souboru. V roce 2003 je úroveň Pearsonova koeficientu 0,28. Jedná se spíše o slabší sílu vztahu. Vztah je statisticky významný na hladině $\alpha = 0,05$, což zde platí, signifikance je 0,022. V roce 2006 je úroveň Pearsonova koeficientu již jen 0,18, ale signifikance 0,113 překračuje hladinu významnosti, a tudíž vztah mezi nezaměstnaností a pracovní neschopností není potvrzen.

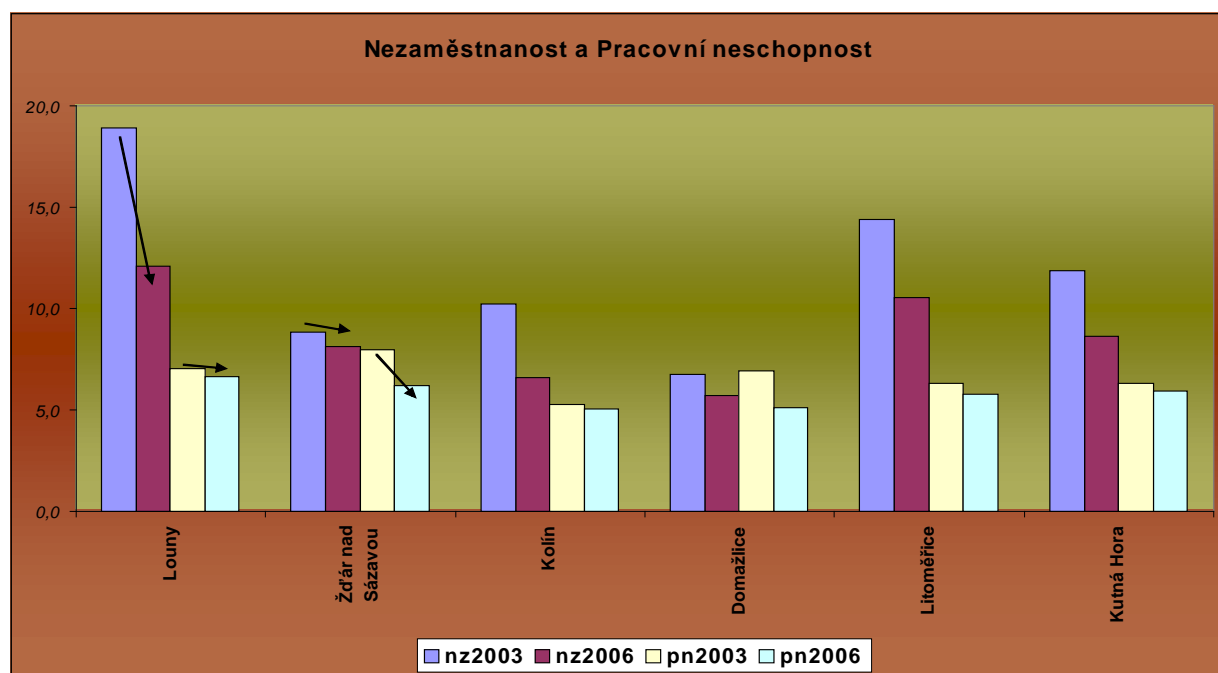
	nz2003	nz2006	pn2003	pn2006
Most	23,5	20,5	6,2	4,8
Karviná	20,4	18,0	8,7	7,6
Teplice	19,9	16,1	6,7	5,9
Louny	18,9	12,1	7,0	6,7
Chomutov	18,7	14,1	6,9	5,4
Ostrava- město	18,4	14,4	8,0	6,8
Bruntál	18,2	14,1	8,5	6,9
Jeseník	18,2	14,9	7,1	5,9
Hodonín	15,8	13,8	7,8	7,1
Děčín	15,6	14,1	7,9	6,7
Nový Jičín	15,0	9,8	8,1	7,0
Frýdek- Místek	15,0	11,0	8,3	7,2
Ústí nad Labem	14,8	13,5	6,9	5,5
Litoměřice	14,4	10,6	6,3	5,8
Třebíč	14,0	11,6	6,8	6,0
Přerov	13,8	11,3	7,1	6,2
Znojmo	13,7	12,9	6,7	5,6
Svitavy	13,4	10,4	6,8	6,0
Sokolov	13,1	11,7	6,4	5,7
Šumperk	12,5	10,9	9,5	7,9
Opava	12,1	10,7	6,9	6,2
Vsetín	12,1	10,2	8,4	7,2
Kutná Hora	11,9	8,6	6,3	5,9
Olomouc	11,8	8,2	6,9	5,7
Břeclav	11,7	9,8	7,5	6,9
Kroměříž	11,6	10,3	8,2	6,8
Brno-město	10,9	8,5	7,0	5,8
Český Krumlov	10,7	8,8	6,8	6,1
Vyškov	10,5	7,6	6,4	5,4
Liberec	10,5	7,8	7,4	5,8
Chrudim	10,4	7,0	7,7	6,8
Karlovy Vary	10,3	9,6	6,8	5,9
Tachov	10,2	8,1	7,4	6,9
Kolín	10,2	6,6	5,3	5,1
Prostějov	10,2	7,0	7,7	6,8
Česká Lípa	10,0	7,9	7,8	6,8
Zlín	10,0	7,1	7,5	6,2
Kladno	9,9	8,0	6,5	5,9
Trutnov	9,7	8,4	7,6	6,5

	nz2003	nz2006	pn2003	pn2006
Blansko	9,5	7,1	7,5	7,0
Uherské Hradiště	9,2	7,0	8,6	7,3
Nymburk	9,1	8,1	5,7	5,1
Příbram	9,0	7,3	6,7	5,7
Žďár nad Sázavou	8,9	8,1	8,0	6,2
Jičín	8,7	7,2	6,8	5,8
Mělník	8,7	7,5	5,4	4,9
Brno-venkov	8,6	6,2	7,6	6,1
Ústí nad Orlicí	8,4	7,0	7,6	6,8
Písek	8,4	7,4	6,2	5,8
Klatovy	8,4	7,7	6,9	5,6
Cheb	8,3	7,2	6,3	5,3
Rokycany	8,3	5,6	7,2	6,5
Jihlava	8,2	6,0	6,5	5,5
Jablonec nad Nisou	8,2	6,1	8,6	7,7
Strakonice	8,1	6,8	7,5	6,9
Semily	8,1	7,0	6,9	5,9
Rakovník	7,9	6,2	6,9	6,2
Havlíčkův Brod	7,7	5,6	6,8	6,1
Plzeň-město	7,6	5,3	6,5	5,2
Náchod	7,6	6,6	7,1	6,4
Pardubice	7,2	5,8	6,4	5,5
Jindřichův Hradec	7,1	6,3	6,4	5,8
Prachatice	7,0	5,5	8,9	7,9
Hradec Králové	6,9	5,7	6,4	5,5
Plzeň-sever	6,9	5,4	7,8	6,8
Rychnov nad Kněžnou	6,8	5,3	7,6	6,0
Domažlice	6,8	5,7	6,9	5,1
Tábor	6,4	5,9	7,2	6,3
Beroun	5,5	4,6	6,7	5,8
Pelhřimov	5,5	4,2	7,4	6,2
Plzeň-jih	5,4	4,3	7,5	6,6
Mladá Boleslav	5,2	3,4	6,0	4,8
České Budějovice	4,8	4,2	6,5	5,9
Benešov	4,7	4,1	6,2	6,0
Praha	4,0	3,0	5,4	4,5
Praha-východ	3,8	2,3	6,2	5,9
Praha-západ	3,0	2,4	5,9	5,1

Tab. č. 14, Zdroj: ČSÚ

Úroveň koeficientu v roce 2003 ukazuje slabou asociaci míry nezaměstnanosti s využíváním institutu pracovní neschopnosti, ale úroveň téhož koeficientu za rok 2006 je už výrazně nižší a nepotvrzuje vzájemnou závislost jevů. Míra korelace vývoje nezaměstnanosti a pracovní neschopnosti je pak dokonce 0,029, takže korelace trendu vývoje nezaměstnanosti a pracovní neschopnosti ve vzorku není.

Na případech Loun a Žďáru nad Sázavou lze ukázat, že míra využívání institutu pracovní neschopnosti je ovlivněna jinými faktory (viz obrázek č. 6).



Graf č. 17, Vývoj pracovní neschopnosti a nezaměstnanosti ve vybraných okresech,
Zdroj: vlastní výpočty, data - ČSÚ

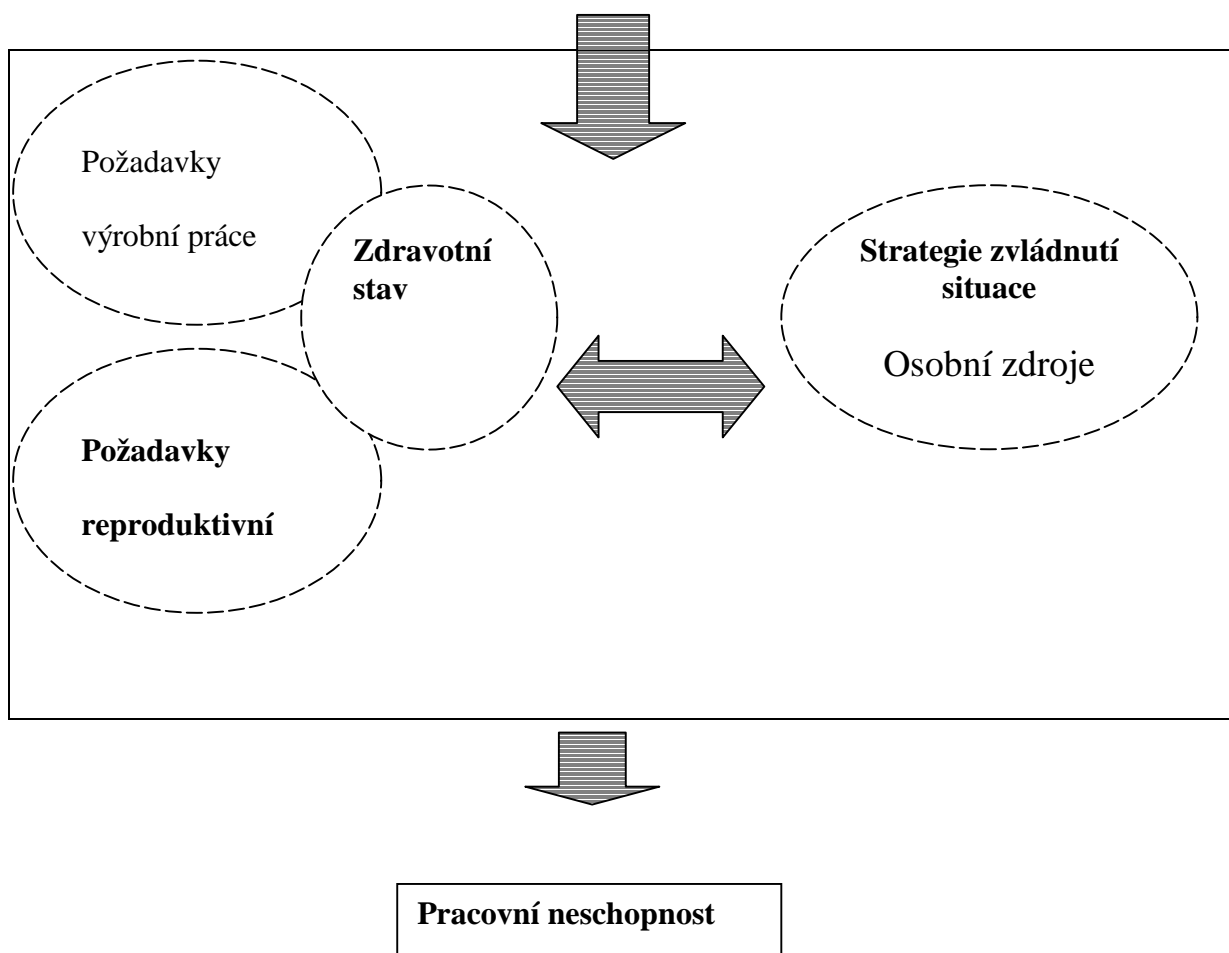
Míra nezaměstnanosti se neukázala být signifikantní v testech a potažmo tedy jako faktor pro vysvětlení míry pracovní neschopnosti. Nezaměstnanost jako taková souvisí určitě s nedostatkem pracovních příležitostí, ale pracovní neschopnost nemusí souviset s nedostatkem pracovních příležitostí. Spíše souvisí s péčí o své tělo, s vyšší mzdou, v souvislosti s tím také s úrovní vzdělání a životním stylem.

11. Faktory a modely využití institutu pracovní neschopnosti

Mnoho sociálních, organizačních, psychických a fyzických faktorů může ovlivňovat využití institutu pracovní neschopnosti. Jak zdůrazňují Alexanderson a Norlund (2004) ve svém systematickém přehledu literatury o tématu pracovní neschopnosti, znalostí příčin a důsledků pracovní neschopnosti je zatím poskrovnu. Není jednoduché vypátrat vzájemné interakce faktorů a vliv těchto faktorů lze také obtížně kvantifikovat. Nicméně tyto znalosti jsou nezbytné pro vytvoření intervencí zacílených na snížení absentérství a nemocnosti v organizacích. V předešlých kapitolách práce jsem uvedl pro příklad vliv pohlaví, věku, výše platu, typu onemocnění, sezónnosti, vliv chřipkových epidemií, nezaměstnanosti a v poslední řadě také možnost zneužití institutu pracovní neschopnosti. Všechny tyto zmíněné vlivy se určitým způsobem podepisují na míře využívání institutu pracovní neschopnosti. Přesto nelze říci, že některý z nich je významnější než ostatní. Celou řadu dalších faktorů a vlivů jsem ve své práci nerozebíral. V potaz se také musejí brát podmínky okolního prostředí, ve kterém jedinci využívají institut pracovní neschopnosti.

V zahraniční literatuře lze najít práce, které se zabývají teoretickými modely pracovní neschopnosti a faktory. Například dle Moncady, který studoval pracovní neschopnost na barcelonském městském úřadě, je pracovní neschopnost produktem interakce mezi zdravotním statusem, produktivními a reprodukčními nároky, a osobních zdrojů ve smyslu kontroly nad prací a sociální podporou, ve specifickém ekonomickém, regulačním a sociálním kontextu, který zahrnuje různé projevy v závislosti na členství v určité sociální třídě a pohlaví (Moncada 2002, s. 3). Rozšířil model Kristensenův z roku 1991, který vycházel z Paremeggianiho práce z roku 1976. Model na obrázku (obr. č. 3) je holistickou vizí absentérství, který pomáhal popsat Kristensen (Kristensen 1991) a je pojmově konzistentní s modelem výroba – reprodukce a také s Paremeggianiho (Paremeggiani 1976) vizí pracovní neschopnosti jako indikátoru vztahu mezi individuálním a sociálním zdravím ve specifickém kontextu životních a sociálních podmínek, včetně rodinných problémů jedinců.

Struktura sociálního zabezpečení, regulace, doprava a čas dojíždění, firemní politika, trh práce, typ kontraktu, riziko výpovědi, kultura absencí



Obr. č. 5, Konceptuální verze pracovní neschopnosti, Kristensen 1991

Podstata modelu tkví v trojité interakci mezi: 1) nároky (požadavky) výrobní (produktivní) práce – productive work – (odvozujících se od pracovních podmínek a organizace práce), 2) nároky reprodukční práce – reproductive work – (související s organizací rodiny, domácí prací a sociálním životem), 3) zdravotním statutem jedinců, který umožňuje a zároveň limituje úroveň fyzické a psychické námahy nezbytné k uspokojení všech pracovních nároků.

Tato vyváženost mezi všemi pracovními nároky a kapacitou námahy je také v interakci se strategií zvládnutí situace pracující populace a s dostupností osobních zdrojů, které pracovní prostředí poskytuje ve smyslu sociální podpory i kontroly nad prací, speciálně v souvislosti s pracovním časem. Tyto interakce pak zauímají své místo za specifických administrativních, právních a kulturních podmínek.

Kombinace vysokých produktivních a reprodukčních pracovních nároků, špatného zdravotního stavu a slabých zdrojů může vést k absenci v produktivní práci skrz využívání institutu pracovní neschopnosti. Oproti tomu špatný zdravotní stav v interakci se silnými zdroji (například kontrola nad pracovním časem, spolupodílení se na reprodukční zátěži) může vést k účasti pracovníků, zvláště žen, v produktivním pracovním prostředí.

12. Jak dál pracovat s institutem pracovní neschopnosti

- restrikce

Diskutovaným tématem se pracovní neschopnost v České republice stala přibližně kolem let 2004 a 2005. Česká republika od roku 2004 přijímá zákony, které zmenšují míru štědrosti vyplácení nemocenské. Jedná se především o snížení finančních náhrad za dny strávené v pracovní neschopnosti s platností od 1. 1. 2004. Dalším je návrh zákona, který měl platit již od července 2006 a posléze od ledna 2007, v současnosti je posunuto zavedení tohoto zákona na leden 2009. Tento návrh obsahuje klíčovou změnu v zákoně o nemocenské: Zaměstnavatel bude platit ze svých zdrojů prvních čtrnáct dní (kalendářních) nemoci, další dobu nemoci pak zaplatí stát. Stát za to recipročně snížil odvody zaměstnavatelům na pojistném na nemocenském pojištění z 3,3 % na 1,4 %. Zde je potřeba zdůraznit fakt, že i při stávající výši pracovní neschopnosti nový zákon předpokládal, že při snížení sazby pojistného ze 3,3 % na 1,4 % a vyplácení plné náhrady mzdy by zůstala zaměstnavatelům navíc částka v celkové výši cca 9 mld. ročně.

Kromě tohoto finančního přilepšení zaměstnavatelům se jedná jednoznačně o pozitivní krok ke snižování pracovní neschopnosti. Zaměstnavatel má jednodušší prostředky, jak kontrolovat svého zaměstnance, než státní správa, je s ním častěji (ať už formou osobní, či delegovaných zástupců) v kontaktu. Za kontrolu nemocných na pracovní neschopence je dle současného zákona zodpovědná Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ). V praxi tato kontrola vypadá tak, že často jeden pracovník má za úkol kontrolovat přibližně 100 000 pracujících v okrese. Je evidentní, že takováto kontrola je nedostačující. To si uvědomilo i MPSV a ČSSZ, a tak ČSSZ v roce 2007 výrazně zvýšila počet kontrol, pracovníci ČSSZ jen v prvním čtvrtletí roku 2007 zkontrolovali 75 490 nemocných, z nichž 1 553 pobíralo dávky neoprávněně. Ročně se počet odhalených podvodně nemocných pracovníků pohybuje kolem šesti tisíc, ve skutečnosti je však daleko vyšší. Zdroje MPSV (MPSV 1.7.2007) uvádějí, že nejčastěji zneužívají dávek lidé s nízkými příjmy. Vyšším příjmovým kategoriím se nemocenská finančně nevyplatí a tito lidé běžná onemocnění řeší spíše čerpáním několika dnů dovolené. Státu chybějí prostředky na důslednější represivní opatření, přestože zákonné úpravy umožňující důslednější dodržování a kontrolu lidí či zaměstnanců existují a nejsou nemorální. Rozhodl se tedy tuto pravomoc předat zaměstnavateli. Z hlediska mezinárodního srovnání je tento nový zákon přiblížením se ke zbytku Evropy. Ve většině zemí Evropské

unie funguje stejný či podobný princip, tedy že zaměstnavatel platí nemocenské náhrady svému zaměstnanci.

Další restriktivní vyhláškou je přijetí tzv. „karenční doby“ s dobou platnosti od 1. 1. 2008¹. Karenční doba znamená, že první 3 dny nemoci v pracovní neschopnosti se zaměstnanci nevyplácí žádná finanční náhrada.

Všechny tyto restriktivní zákony mají dle svých tvůrců za cíl snížit míru využívání institutu pracovní neschopnosti v České republice. Významný pokles míry využívání institutu pracovní neschopnosti v roce 2004 byl skutečně způsoben dvěma hlavními faktory. Prvním byla platnost nového zákona č. 421/2003 Sb. platícího od 1. 1. 2004, kterým došlo ke změnám v nemocenském pojištění (např. snížení procentní sazby nemocenského za první tři dny pracovní neschopnosti z 50 % na 25 % denního vyměřovacího základu). Druhým byla absence chřipkové epidemie v roce 2004 v ČR. Kvůli platnosti nového zákona došlo k dočasnému zneprůhlednění a znejistění situace na pracovním trhu. Zaměstnanci se obávali být nemocní, a zejména obavy o příjem se podstatným způsobem zasloužily o snížení pracovní neschopnosti. Tuto tezi podporuje vzestup míry pracovní neschopnosti v roce 2005, na základě něhož předpokládat, že si zaměstnanci zvykli na nové znění zákona a dokázali se mu přizpůsobit.

Plánovaný významný restriktivní účinek karenční doby se mívá účinkem vzhledem k počtu pracovních neschopenek trvajících do 3 dnů, v roce 2004 – 1,3 % a v roce 2005 – 1,2 % z celkového počtu pracovních neschopenek.

Zcela po právu se pak po předešlých argumentech nastoluje otázka, zdali mají restrikce žádoucí dlouhodobý význam ve smyslu snižování míry pracovní neschopnosti.

¹ Ústavní soud ČR v roce 2008 zrušil vyhlášku o karenční době

13. Jak dál pracovat s institutem pracovní neschopnosti

– další kroky

Pracovní neschopnost je jedním z mála tvrdých dat, se kterými se pracuje v rámci vnitřních strategií firem i podniků. Dalšími jsou kupříkladu fluktuace zaměstnanců, kriminalita zaměstnanců apod. S těmito a dalšími personálními ukazateli se v rámci personálních oddělení pracuje. Ať už je to formou pozitivní (peněžní odměny zaměstnanci díky snížené nemocnosti zaměstnance, vakcíny proti chřipkám, zlepšování pracovního prostředí, etc...), či formou represivní (sledování zaměstnanců, důsledná kontrola zaměstnanců na pracovní neschopence, etc...).

Institut pracovní neschopnosti se zkoumá ze dvou hledisek, z hlediska důvodných poruch zdraví (tímto mám na mysli nemoc), a z hlediska, kdy dochází k využívání institutu pracovní neschopnosti z jiných než aktuálních poruch zdraví (označením je absentérství). Proto intervence a stimuly zaměřené na snižování využívání institutu pracovní neschopnosti musejí být zaměřeny dvojím směrem. Prvním je zájem o zdraví a snižování počtu nemocí, druhým je snížení pracovních absencí, které nejsou způsobeny zdravotními důvody.

Sociologie k tomuto tématu přispívá svými sociomedicínskými výzkumy, které se zabývají zdravím, sociální podmíněností zdraví a vztahem mezi sociálními sítěmi a zdravotním stavem. Od chvíle, kdy Berkmanová a Syme (Berkman and Syme 1979) zjistili, že lidé v okrese Alameda ve státě Kalifornie, kteří mají hodně přátel a příbuzných, žijí déle než lidé mající zřídka kontakty s přáteli či příbuznými, medicínští sociologové vycítili, že existuje důležitá souvislost mezi sociálním chováním a zdravotním stavem. V tomto směru výzkumu pokračoval například Cockerham (1999), který se zabýval identifikací negativních zdravotních životních stylů jako primárního společenského determinantu poklesu v délce dožití v Rusku a východní Evropě. Skupiny nejvíce zodpovědné za snížení tohoto ukazatele byli muži středního věku z dělnické třídy. Životní podmínky těchto mužů a jejich relativně nízká pozice s malou mocí v sociální struktuře produkovaly habitus spojený s nezdravými činnostmi (těžké pití a kouření, odmítnutí diet a cvičení), který vyústil v životní styl podporující nemoci srdce, úrazy a jiné zdravotní problémy vedoucí ke zkrácení života. Toto chování bylo normami ustanovenými ve skupinové interakci, modelovanými možnostmi těchto mužů a internalizovanými habitem.

Janečková (2002) tvrdí, že nejnovější práce poukazují na význam investic do sociálního kapitálu, tedy k posílení soudržnosti komunit a zvýšení kontroly každého člověka nad svým vlastním životem a prostředím. (Janečková 2002, s. 65) Současné poznatky o vztahu chudoby, příjmových nerovností a zdraví se opírají o analýzy chudých populací, které se i přes nízký socioekonomický status svých příslušníků těší dobrému zdravotnímu stavu. Zatímco tzv. nová chudoba je vedle finanční deprivace spojena téměř vždy též se sociální exkluzí, vyloučením jedince ze společnosti, uvedené komunity vykazují mimořádnou soudržnost, sociální podporu, rozvinuté sociální sítě a příznivé psychosociální klima pro své členy. V zemích, kde nepřipouštějí extrémní nárůsty v ekonomických rozdílech, se občané cítí více zapojeni do života společnosti a těší se lepšímu zdravotnímu stavu. Proto se intervence na snížení nerovností ve zdraví a potažmo na zlepšení zdraví soustřeďují na dosažení větší sociální soudržnosti v komunitách, orientují se na psychické a emocionální zdraví, vzdělání, bezpečí, participaci a solidaritu tak, aby lidé mohli sami více rozhodovat o svých životech a utvářet své životní podmínky a tím vykonat více pro zlepšení svého zdraví. (Janečková 2002, s. 67-68)

V mnoha zemích se vede diskuze na téma, jak snížit pracovní neschopnost způsobenou pracovními absencemi, nikoliv ze zdravotních důvodů. Klíčovým místem ve snižování nadměrného absentérství jsou změny v pracovních podmínkách, například méně opakující se práce, vyšší morální a sociální podpora zaměstnanců. (Osterkamp & Rohn 2007, s. 11) Téma, jak odpovědět na zaměstnaneckou absenci, má už vcelku dlouhou historii. V roce 1970 Nord (citováno dle Camp & Lambert 2005, s. 7) určuje tři organizační možnosti: 1) žít s problémem, 2) trestat ty, kteří mají nežádoucí chování, 3) odměňovat ty zaměstnance, kteří mají požadované chování. Nord sám nedoporučuje trest jako formu řešení, poněvadž je podle něj neefektivní a občas je spojen s nežádoucími účinky. Přesto je a byl trest hodně frekventovanou odpovědí na absentérství zaměstnanců. Výzkum z roku 1982 na vzorku personálních manažerů ukázal, že tito lidé trest nejvíce upřednostňují, a dokonce věří, že trest je nejlepším řešením a přístupem, jak snížit absentérství, to vše spojené s přiznáním, že k využívání programů na snížení absentérství nedochází či dochází málo. (Scott 1982, s. 22) Disciplína je spíše tradiční cestou užití hole (trestem) než návnadou zvyšující přítomnost zaměstnanců.

Stimuly za účelem neabsence v práci mohou být obecně důvodem či tlakem k dostavení se do práce. Zaměstnanec může shledat, že nedostatek stimulů a podpor za účelem dostavení se do práce může být důvodem k absenci. Mohou být zavedeny různé typy stimulačních programů na řešení zaměstnaneckého absentérství. Například to mohou být

nepeněžní odměny. Čtvrtletní poznávací programy (výletní cesty za poznáním) pro zaměstnance a zaměstnankyně textilní továrny významně snížily úroveň zaměstnanecké absence. (Schappi 1988) V jiné studii (Scott 1985, s. 80) byl zaměstnankyním textilní továrny čtvrtletně zasílán gratulační pohled v případě, že měly dvě a méně absencí za tuto dobu. Nesmí se ale také zapomínat na peněžní odměny. Zaměstnanci totiž preferují peněžní stimuly před nepeněžními.

Organizace mohou využívat různých typů peněžních stimulů ke snížení absentérství. Například Mowday (citováno dle Camp & Lambert 2005, s. 12 – Mowday 1982) tvrdí, že existuje silná vazba mezi odměnou ve formě loterie (přihlášení se do celostátní či jiné sázkové hry) a snížením absentérství. Například zdravotní sestry v nemocnici byly informovány, že budou zahrnuty do peněžní loterie, když nebudou po dobu tří týdnů chybět v práci, což v důsledku způsobilo značný pokles v absentérství těchto sester. V jiném případě zase za snížením zaměstnanecké absence stála pravidelná týdenní peněžní částka (menší suma) vyplácená zaměstnancům, kteří nepoužili institut pracovní neschopnosti. (Orpen 1977) Dalším příkladem je záslužný systém. Znamená propojení užívání pracovní neschopnosti a penzijního systému. Ve zkratce, ti zaměstnanci, kteří nadužívají institut pracovní neschopnosti, jsou nuceni k pozdějšímu odchodu do důchodu. (Schappi 1988) Je však třeba říci, že tento systém není příliš vyzkoušen.

Trest za absenci není často spojen se zvýšením zaměstnanecké přítomnosti na pracovišti a často vede k menším efektům než odměňovací systém. (Landau 1993, s. 55) Například implementace striktně disciplinárního zaměstnaneckého řádu a peněžních stimulů v jedné oděvní továrně vedla ke snížení zaměstnanecké absence. Landau ovšem zjistil, že mnohem větší dopad měl peněžní odměňovací systém než disciplinární řád. (Landau 1993, s. 56)

Konečně také důvod zaměstnanců pro nedostavení se do práce může být výsledkem „kultury absencí“ mezi pracujícími, která ovlivňuje individuální chování jedinců. Stejně tak tlak na zaměstnance k dostavení se do práce může být výsledkem „kultury přítomnosti“. Kultura absentérství je definována jako „soubor sdílených neporozumění ohledně legitimacy absence a stanovených zaměstnaneckých zvyků a praktik ohledně absenčního chování a kontroly tohoto chování.“ (Camp & Lambert 2005, s. 10) Toto klima či kultura absentérství osciluje od úrovně, kdy jedinec využívá institut pracovní neschopnosti bez ohledu na důvodnost absence, po úroveň, kdy je jedinec odrazován od využití pracovní neschopnosti, vyjma nezbytných případů.

Předtím, než organizace sáhnou po trestu jako způsobu snížení absentérství, by měly použít odměňovací systémy ke zvýšení pracovní přítomnosti. Odměňovací systémy jsou používány k odměně zaměstnanců za jejich práci, proč je tedy nepoužít také pro jejich dostavení se do práce? S tím je spojena otázka, jestli jsou stimuly pro redukci užití pracovní neschopnosti efektivní z hlediska nákladů. Tedy zda se tyto programy zaměstnavateli vyplatí. Důležitým je také fakt, že aby byly odměny efektivní, musejí být dosažitelné pro zaměstnance, úzce spjaté s přítomností zaměstnance a zároveň být pro zaměstnance cenným ohodnocením.

Výzkumy také ukazují, že tyto systémy a jiné stimulující programy by měly být tvořeny a konstruovány společně se zaměstnanci¹, nikoliv jen zaměstnavatelem či administrátorem. (citováno dle Camp & Lambert 2005, s. 28 - Mowday 1982) Jestliže zaměstnavatel používá nějaký odměňovací program, pak je důležité, aby zaměstnanci o tomto programu věděli a byli si vědomi jeho účelu.

Někdy je však nepřítomnost zaměstnance pro organizaci pozitivní. Jestliže je zaměstnanec postižen nakažlivou nemocí, není v zájmu organizace, aby se takový zaměstnanec dostavil do práce. Pakliže už taková situace nastane, je zde velká pravděpodobnost, že se nakazí i ostatní zaměstnanci, což jednoznačně snižuje produktivitu v organizaci. Nakažlivé nemoci se mohou rozšířit velice rychle, mohou vyústit až v epidemii. Mohou nastat i možnosti, kdy zaměstnanec není nemocný, přesto absence může pomoci duševnímu zdraví zaměstnance či zaměstnankyně, a to dočasným únikem ze stresující situace. (Scott 1982, s. 18)

¹ Například ve výzkumu na vzorku 1077 respondentů, dospělých jedinců zaměstnaných na plný pracovní úvazek, provedeném v roce 2007 ve Spojených státech firmou Harris Interactive sami zaměstnanci navrhovali řešení jako letní pátky, či možnost výběru pracovat v pátek poloviční dobu v průběhu léta. Další odpovědi zahrnovaly kupříkladu větší flexibilitu v práci, větší využívání telekomunikace, stlačené pracovní týdny, flexibilní pracovní čas a také větší využití neplaceného volna (hr.blr.com 2007).

14. Závěr

Přestože je institut pracovní neschopnosti a jeho využívání ožehavým společenským problémem, zdrojů informací, znalostí příčin a důsledků pracovní neschopnosti stále není dostatek. Sociálních i individuálních faktorů podílejících se na využívání institutu pracovní neschopnosti je mnoho a lze jen těžko určit, který faktor je důležitější než ostatní. V této práci jsou uvedeny a rozebrány vlivy pohlaví, věku, výše platu, typu onemocnění, sezónnosti, vliv chřipkových epidemií, nezaměstnanosti. Tyto faktory působící na míru využívání institutu pracovní neschopnosti lze zkoumat díky datům sbíraným Českým statistickým úřadem, Českou správou sociálního zabezpečení a Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR. V neposlední řadě je v této práci také rozebírána možnost zneužití institutu pracovní neschopnosti, jež se zde nazývá absentérství.

Data v této práci ukazují na rozdíl v míře využívání institutu pracovní neschopnosti mezi muži a ženami. Dlouhodobě je míra využívání institutu pracovní neschopnosti u žen vyšší o 1 procentní bod než u mužů. Věk také spoluurčuje míru využívání institutu pracovní neschopnosti. Čím vyšší věk, tím méně krátkodobých absencí se registruje v datech. Na míře využívání institutu pracovní neschopnosti je také znát vliv výše platu. Čím vyšší plat, tím menší míra využívání institutu pracovní neschopnosti. Co se týče typu onemocnění, kvůli kterému jsou lidé v pracovní neschopnosti, nejvíce bylo hlášeno případů nemocí dýchací soustavy, ale ukazuje se, že na celkovém objemu dnů pracovních absencí z důvodu nemoci se největší měrou a dlouhodobě podílejí nemoci svalové a kosterní soustavy, tedy pohybového aparátu. Dalším vlivem určujícím míru využívání institutu pracovní neschopnosti je sezónnost, tedy význačný měsíční rozdíl ukazující se v různých mírách využívání institutu pracovní neschopnosti. Stejně tak vliv chřipkové epidemie na míru využití institutu pracovní neschopnosti je vidět zejména v letech 2004 a 2006, kdy míra využívání institutu pracovní neschopnosti byla o 1/2 procentního bodu menší než v letech s chřipkovou epidemií. Dalším z mnoha prvků podílejících se na míře využití institutu pracovní neschopnosti je absentérství, tedy využití institutu pracovní neschopnosti z jiných než zdravotních důvodů. Je ale obtížné určit, jak dalece se absentérství podílí na celkové míře využití institutu pracovní neschopnosti.

V některých pracích je zdůrazňován vliv nezaměstnanosti na míru využívání institutu pracovní neschopnosti. Za použití statistických metod je zde dokázáno, že míra nezaměstnanosti se neukázala být signifikantní v testech a potažmo tedy jako signifikantní faktor pro vysvětlení míry využití institutu pracovní neschopnosti.

Každý ze zde zmíněných faktorů se určitým způsobem podepisuje na míře využívání institutu pracovní neschopnosti. Celou řadu dalších faktorů a podmínek prostředí ovlivňujících míru využívání institutu pracovní neschopnosti tato práce nerozebírá. Pracovní neschopnost se ukazuje jako složitý a komplexní sociální problém, na nějž má vliv mnoho různých sociálních i individuálních faktorů. V teoretickém modelu lze pracovní neschopnost chápat jako produkt interakce mezi zdravotním statutem, produktivními a reprodukivními nároky, a osobních zdrojů ve smyslu kontroly nad prací a sociální podporou ve specifickém ekonomickém, regulačním a sociálním kontextu, který zahrnuje různé projevy v závislosti na členství v určité sociální třídě a pohlaví.

Pracovní neschopnost v České republice je jednou z nejvyšších v Evropě. Díky tomuto poznání se v České republice přeměňují zákonné normy využívání institutu pracovní neschopnosti. Všechny tyto úpravy ale vedou pouze jedním směrem, směrem k restrikci a k postihování ať už nemocných, či absentujících zaměstnanců. Mezinárodní zkušenosti a také práce s daty týkajícími se pracovní neschopnosti v České republice vedou k závěru, že restriktivní kroky mají často pouze krátkodobý účinek. Je třeba začít zvažovat a realizovat pozitivní kroky vedoucí k větší zaměstnanecké přítomnosti na pracovišti. Je na místě zdůraznit, že tyto pozitivní kroky nemůže vytvářet stát jako správní a byrokratický aparát, ale zaměstnavatel, který má možnost přímého ovlivňování svých zaměstnanců. Zaměstnavatel může používat různé formy pozitivních kroků. Díky sociologickým výzkumům víme, že lepší zdraví je v soudržnějších komunitách. Zaměstnavatel může vytvářet příznivější a přátelštější klima na pracovišti formou zlepšení sociální atmosféry, udržování kolektivity. Zaměstnavatel také může postupovat formou různých odměn pro ty zaměstnance, kteří mají žádoucí chování pro zaměstnavatele.

Na závěr je však potřeba říci, že vždy bude institut pracovní neschopnosti využíván ať už z důvodů nemoci, či zaměstnaneckého absentérství, a to i v případě existence různých stimulujících programů. Ne všem nemocím a pracovním absencím se totiž dá zabránit.

15. Seznam literatury

Alexanderson, K. & Norlund, A., 2004, Swedish council on technology assesment in health care (SBU) : Chapter 1, Aim, background, key concepts, regulations, and current statistics, Scandinavian Journal of Public Health n. 63, s. 12-30.

Andrén, Daniela, 2005, Never on a Sunday: economic incentives and short – term sick leave in Sweden, Goteborg University, Applied Economics, s. 1-25.

Bártlová, S., 2005, Sociologie medicíny a zdravotnictví, Praha, Grada publishing.

Berkman, Lisa F., and Leonard S. Syme, 1979, Social network, host resistance and mortality: A nine – year followup study of Alameda County residents, Americal Journal of Epidemiology 190, s. 186-204.

Berkman, Lisa F., and Lester Breslow, 1983, Health and Ways of Living:The Alameda County Study, New York, Oxford University Press.

Camp, Scott D., and Eric G. Lambert, 2005, The influence of organizational incentives on absenteeism: sick leave use among correctional workers, http://www.bop.gov/news/research_projects/published_reports/prison_mgmt/sick_cjpr.pdf

Cockerham, William C., 1997, The Social Determinants of the Decline of Life Expectancy in Russia and Eastern Europe: A Lifestyle Explanation, Journal of Health and Social Behavior 38:131-148.

Cockerham, William C., 1999, Health and Social Change in Russia and Eastern Europe. New York and London: Routledge.

Cockerham, W. a kol., 2001, The Blackwell companion to medical sociology, Oxford, Blackwell Publishers

- Medical sociology and sociological theory – W.C.Cockerham
- Health and social stratification – Eero Lahelma

- Work stress and health – Johannes Siegrist

Edgerton, David, & Wells, Curt, 2000, A model for the analysis of sick leave in Sweden, Economics Department, Lund University

<http://ideas.repec.org/p/ecm/wc2000/1091.html>

Etzioni ,A., 1977, Health as social priority, Health Services – The local perspective, s. 8-14.

Feeney, A., et al., 1998, Socioeconomic and sex differentials in reason for sickness absence from the whitehall 2 study, Occupational and Environmental Medicine n. 55, s. 91-98.

Fuchs, Victor, 1974, Who shall live?, New York, Basic Books.

Gimeno, D., et al., 2004, Distribution of sickness absence in the European Union countries, Occupational and Environmental Medicine n.61, s. 867-869.

hr.blr.com, 2005, March 21., Most work while sick

<http://hr.blr.com/news.aspx?id=10929>

hr.blr.com, 2006, November 28., Nearly a Third of Workers Call in Sick with Fake Excuse

<http://hr.blr.com/news.aspx?id=75002>

hr.blr.com, 2007, May 31., Are You Suffering from 'Seasonal Absence Syndrome'?

<http://hr.blr.com/news.aspx?id=76003>

Investing in Health, 1993, World Bank, Oxford University Press.

Janečková, H., 1997, Sociologie medicíny v kontextu veřejného zdravotnictví, Praha, Edice Školy veřejného zdravotnictví.

Janečková, H., 2002, Sborník Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa, Problematika ekvity ve zdraví a zdravotní péči v moderní společnosti s. 55-96, Karolinum, Praha.

Kristensen, TS.,1991, Sickness absence and work strain, Danish slaughterhouse workers:an analysis of absence from work regarding as coping behaviour, Soc Sci Med n. 32, s. 15-27.

Křížová, E., 2006, Proměny lékařské profese z pohledu sociologie, Praha, SLON.

Lambert, E. G., 2001, Absent Correctional Staff: A Discussion of the Issue and Recommendations for Future Research, American Journal of Criminal Justice, n. 25, s. 279-292.

Landau, J. C., 1993, The Impact of a Change in Attendance Control System on Absenteeism and Tardiness, Journal of Organizational Behavior Management, n. 13, s. 51-70.

Lovell, Vicky & Gault, Barbara & Hartmann, Heidi, 2004, Expanded sick leave would yield substantial benefits to business, employers, and families, Institute for women's policy research, Fact sheet, June 15., s. 1-3.

Moncada, Salvador, a kol., 2002 , Sickness Leave, administrative category and gender: results from the „Casa Gran“ project, Scandinavian Journal of Public Health n. 30, s. 26-33.

Mowday, R. T., a kolektiv, 1982, Employee-Organization Linkages: The Psychology of Commitment, Absenteeism, and Turnover, New York, Academic Press.

National Center for Health Statistics, 1972, Infant Mortality Rates: Socioeconomic Factors, series 22, no. 14, Rockville, Md.: Department of Health, Education and Welfare.

Nord, W., 1970, Improving Attendance Through Rewards: Some Exploratory Results, Personnel Administration.

Osterkamp, Rigmar & Rohn, Oliver, 2007, Being on Sick Leave: Possible Explanations for Differences of Sick Leave Days Across Countries, CESifo Economic Studies, 21. února, s. 1-18.

Orpen, C., 1977, The Effect of a Behavior Modification Program on Worker Absenteeism, Journal of Behavioral Science, n. 2, s. 249-252.

Paremeggiani, L., 1976, Stress and absenteeism in Italian factory workers, na konferenci: Proceedings of the Conference on Psychosocial Stressors in the Work Environment, Stockholm.

Parsons. T., 1951, The social system, New York, Free Press.

Scott, K. D., 1982, Absenteeism Control Methods: A Survey of Practices and Results, Personnel Administrator, n.27, s. 15-23.

Scott, K. D., 1985, Rewarding Good Attendance: A Comparative Study of Positive Ways to Reduce Absenteeism, Personnel Administrator, n. 30, s.72-83.

Schappi, J. V., 1988, Improving Job Attendance, Washington, D.C., The Bureau of National Affairs.

Siegrist, J., Bertram H., 1970, Schichtspezifische Variationen des Krankheitsverhaltens, Soziale Welt, 20/21.

Siegrist, J., 1975, Lehrbuch der Medizinischen Soziologie, Munchen.

Smelser, N.J.,1998, Handbook of sociology, New York.

Sociologické pojmosloví, 1994, Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny, Praha, SLON.

Whiteheadová, M., 1993, Koncepce a principy spravedlnosti ve zdraví, Praha, Edice Aktuality SZO.

WHO, 1946, Constitution of World Health Organization.

WHO, 1978 , International Conference Alma – Ata Primary Health Care, 6. - 12. September .

Zdroj dat: ČSSZ (www.cssz.cz/informace_o_cssz.asp)

ČSÚ (www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/archiv_publicaci)

ÚZIS

(www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=pracovn%ED%20neschopnosti®ion=100&kind=1&mnu_id=5300)

16. Slovníček

absentérství – využití institutu pracovní neschopnosti z jiných než zdravotních důvodů

nemoc, také choroba - objektivně zjiřitelná porucha zdraví

nemocnost - výskyt a působení nemocí v populaci

pracovní neschopnost - krátkodobý stav poruchy zdraví, která je způsobena nemocí nebo úrazem a jejímž následkem je dočasná neschopnost člověka pracovat

prezentérství - stav prezentérství (presenteeism) je v situaci, kdy zaměstnanec či zaměstnankyně jsou nemocní, a přesto nejsou v pracovní neschopnosti a stále docházejí do práce. Je opakem absentérství.

zdraví - je komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody. Zdraví je fyzické (tělesné), psychické (duševní) a sociální prospívání (blaho). (WHO 1946, s. 2)